90,152

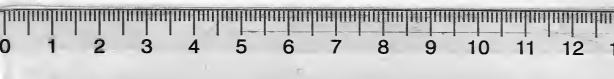
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1933

TOME PREMIER



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS, H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XIV[e] SÉRIE — 91[e] ANNÉE — 1933

TOME PREMIER



90.152

MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUATORZIÈME SÉRIE - 91e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

Page

L'encèphalite psychosique aiguë des alcooliques (delirium tremens), par MM. E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois..... 1

Epilepsie et troubles de la pensée intérieure. La « pensée parlée » et le syndrome paranoïde d'origine comitiale, par M. H. Baruk..... 32

Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, par M. J. Tinel..... 121

La catatonie expérimentale comme réaction fréquente, généralement non spécifique du système nerveux et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine, par M. H. de Jong.... 149

Le traitement psychothérapique des maladies mentales, par M. A. Répond..... 266

La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique, par M. Roger Mignot..... 300

Etude sur les évasions d'aliénés, par M. Roger Dupouy..... 304

Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels, par MM. Cl. Vurpas et L. Corman..... 409

Les psychoses grippales, par M. C. I. Urechia..... 455

L'hôpital psychiatrique ouvert et le centre de prophylaxie mentale de la Seine, par M. Ed. Toulouse..... 472

Le sympathique en andrologie, par M. Laignel-Lavastine..... 537

Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations), par MM. E. Toulouse et A. Courtois..... 565

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pages

Règlement 327
Bureau pour 1933 52
Liste des membres établie le 25 janvier 1933 52

Séance du jeudi 12 janvier 1933

Symptôme et syndrome pupillaire de la démence précoce, par MM. X. Abély et Trillot 69
Accès de phobie chez une maniaque périodique, par MM. J. Capgras, E. Joaki et René Thuillier 76
De l'opportunité de l'application d'une peine à un ancien délinquant guéri d'une psychose émotionnelle, par M. P. Courbon 81

Séance du lundi 23 janvier 1933

Allocution de M. L. Marchand, président sortant 85
Allocution de M. Georges Dumas, président 86
Décès du Dr George M. Kline (de Boston) 87
Adoption du procès-verbal 87
Correspondance 87
Date de la séance du mois d'avril 88
Commissions des Prix 88
Election à une place de membre titulaire 89
Election de quatre membres correspondants nationaux 89
La thérapeutique par les chocs en neuro-psychiatrie. (Rapport de M. N. Péron). — *Conclusions* 90
Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations), par MM. E. Toulouse et A. Coutois 92
Remarques à propos des états hallucinatoires, par M. Yves J. M. Porc'her 94
Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien, par MM. H. Pichard et A. Liber 100

Séance du jeudi 9 février 1933

Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée aiguë. Deux observations, par M. A. Courtois, Mme Y. André et M. J.-O. Trelles 160
Hallucinations verbales et respiration, par MM. B.-J. Logre et D. Lagache. 166
Délire d'explication prédémentiel, par M. P. Courbon 175
Etude anatomique d'un cas d'épilepsie traumatique, par MM. L. Marchand et A. Courtois 179
Troubles démentiels dans un cas d'hydro-syringomyélie, par MM. X. Abély, Couléon et Trillot 182
Dans quelle mesure peut-on dire que les néologismes des aliénés concernent des mécanismes et des réalités objectives, tandis que les

Pages

métaphores sont tournées plus particulièrement vers la connaissance des états affectifs ? par M. P. COURBON **189**

Séance du lundi 27 février 1933

Adoption du procès-verbal 193
Correspondance 193
Election d'un membre correspondant national 193
Election d'un membre associé étranger 194
Proposition d'un vœu contre la suppression de l'Asile Sainte-Anne, par M. G. DEMAY **194**
La catatonie expérimentale comme réaction fréquente, généralement non spécifique, du système nerveux, et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine, par M. H. de JONG. **197**
Catalepsie et épilepsie. Leur association dans quelques affections cérébrales (Troubles vasculaires. Hypertension intracranienne). Quelques mécanismes physiologiques et expérimentaux, par MM. H. BARUK et D. LAGACHE **202**
Entrées pour paralysie générale après première hospitalisation en 1931 et 1932. Contribution à l'étude de l'influence des nouveaux traitements, par MM. Th. SIMON et J. ROUART **208**

Séance du jeudi 9 mars 1933

Port illégal d'uniforme militaire par un débile, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LAPLANE **335**
Syndrome catatonique accompagné de contractures bilatérales au niveau des membres supérieurs. Traitement orthopédique ; amélioration, par MM. R. LEROY et P. RUBENOVITCH **337**
Syndrome frontal par extension cérébrale d'un épithélioma nasal, par MM. A. COURTOIS, J.-O. TRELLES, H. LAGARDE et M. ALTMAN **344**
Erotomanie et délire d'interprétation, par MM. J. CAPGRAS, E. JOAKI et R. THUILLIER **349**
Présentation de paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol, par M. L. MARCHAND **357**

Séance du lundi 27 mars 1933

Adoption du procès-verbal 363
Correspondance 363
Commission du Prix Belhomme 363
Approbation du règlement 364
Constance de la notion de constitution et du syndrome « instabilité » chez l'enfant et l'adolescent psychiquement anormaux, par M. André P.-L. BELEY **364**
Excitation maniaque et paranoïa : I. Paranoïa et cyclothymie. La phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques. Importance sociale et médico-légale, par M. G. PETIT **369**
Excitation maniaque et paranoïa : II. Dissimulation utilitaire de l'excitation psychique et réduction volontaire de l'agitation dans la manie. Importance sociale et médico-légale, par M. G. PETIT **369**
Un cas de mythomanie roman, par M. B. CONOS **372**

Séance du lundi 24 avril 1933

Pages

Adoption du procès-verbal 498
Correspondance 498
Maladie nerveuse organique et création littéraire, par M. M. SCHACHTER. **499**

Séance du jeudi 11 mai 1933

Obsession de négation, par MM. R. MALLET et Ch. BERLIOZ..... **591**
Un cas de délire à deux, type Régis ? (Délire de persécution simultané chez deux conjoints atteints de cécité), par MM. Th. SIMON et J. ROUART..... **597**
Méningiome temporal ayant simulé une paralysie générale, par MM. G. DEMAY et J.-R. CUEL..... **604**
Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques, par MM. P. MASQUIN, MARESCHAL et ALTMAN..... **607**
Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse post-encéphalitique, par MM. P. SCHIFF et R. SIMON.... **612**
Erythrémie avec accès de cataplexie, de chorée et de confusion mentale, par MM. P. SCHIFF et R. SIMON..... **616**
Un cas de démence précocissime, par MM. H. CLAUDE, G. HEUYER et J. LACAN..... **620**
Evolution d'un délire hypocondriaque vers un état d'excitation pseudo-démentielle, par MM. J. DUBLINEAU et CARON..... **624**

Séance du lundi 22 mai 1933

Adoption du procès-verbal 630
Correspondance 630
Rapports des Commissions des prix :

I. Rapport sur les mémoires présentés pour le *prix Belhomme* 630
II. Rapport sur le mémoire présenté pour le *prix Trénel* 633

La régression héboïde dans l'excitation maniaque, la régression pédoïde dans la manie, par M. G. PETIT..... **635**
Transfusion du sang et sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale, par M. H. DAUSSY..... **636**
Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE..... **641**
Sur certaines azotémies d'origine nerveuse, par MM. E. TOULOUSE et A. COURTOIS..... **642**
Périodicité saisonnière d'une mélancolie à forme paranoïde par M. ELLENBERGER..... **651**
Aperçu sur la biochimie du liquide céphalo-rachidien dans les maladie mentales : la recherche du potassium, par M. Mares CAHANE..... **655**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

(Réunion annuelle, 18 décembre 1932, principalement consacrée à l'étude de la physiologie et de la pathologie de l'olfaction)

Pages

Présentation d'un malade, par M. P. MARTIN 221
Les réflexes psycho-galvaniques et le sens olfactif, par M. van ITERSON .. 221
Les réflexes olfactifs et leur valeur séméiologique, par M. NYSSEN 222
Les troubles olfactifs dans les traumatismes cranio-cérébraux, par MM. J. HELSMOORTEL jr, R. NYSSEN et THIENPONT 222
Les troubles olfactifs dans les différentes affections neurologiques, par M. BARRÉ 222
Anosmie d'origine nasale, traumatique et nerveuse, par M. COLLET 223
La physiologie de l'olfaction, par M. HEYNINCKX 223
L'anosmie familiale, par MM. R. NYSSEN, J. HELSMOORTEL jr et THIENPONT. 223

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française

(XXXVII^e Session — Rabat, 7-13 avril 1933)

Discours inaugural : **La nécessité des recherches scientifiques pour le progrès de la neuropsychiatrie. La crise de la formation des élites,** par M. G. GUILLAIN..... **660**

Rapports

Psychiatrie : **Les encéphalites psychosiques. Etude anatomo-clinique,** par M. L. MARCHAND..... **661**
Neurologie : **Les ataxies,** par M. R. GARCIN..... **666**
Médecine légale : **Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques,** par M. Paul ABÉLY **669**

Communications

I. *Psychiatrie :*

Un nouveau cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique avec guérison, par MM. EUZIÈRE, P. HUGUES, H. VIALLEFONT et J. VIDAL 672
Les lésions du tronc cérébral dans le delirium tremens et dans la psychose de Korsakoff, par M. H. STECK 672
Les manifestations neuro-psychopathiques tardives des maladies infectieuses infantiles, par M. G. VERMEYLEN 672

Pages

Syndrome mécanique avec encéphalite épidémique, par MM. G. de Clérambault et J. Dresler 672
Pseudo-tumeur inflammatoire (encéphalite) de la région infundibulo-pédonculaire. Syndrome d'adiposité cérébrale et état démentiel, par M. L. Marchand 672
Les lésions cérébrales de la démence précoce présentent-elles des caractères de spécificité tuberculeuse ? par M. F. d'Hollander 673
Schizoïdie et hérédo-syphilis, par MM. J. Hamel et J. Michel 673
Sur le mécanisme foncier de certains délires interprétatifs, par M. G. de Clérambault 673
Sur les troubles de la notion de Temps et d'Espace, par M. Aug. Ley .. 673
Le Rire et l'épilepsie corticale, par M. Georges Dumas 673
Ancien persécuté auto-accusateur, revendicateur à rebours, par M. Potet. 674
Contribution à l'étude des perturbations glycémiques dans les maladies mentales, par MM. B. Rodríguez-Arias, J. Pons-Balmes et E. Irazoqui. 674
Le métabolisme basal dans les psychoses, par MM. B. Rodríguez-Arias, E. Irazoqui et N. Encochea 674

II. *Neurologie :*

Paraspasme facial médian et spasme facial bilatéral post-encéphalitique, par MM. O. Crouzon, J. Christophe et M. Gaucher 674
Un phénomène particulier : « Phénomène d'obstacle », provoqué par l'urine et le liquide céphalo-rachidien dans des conditions diverses ; procédé pour sa démonstration, par M. Art. Donaggio 675
Encéphalite avec aphasie, par M. S.-F. Heidema 676
Gliome kystique du lobe frontal. Trépanation, drain oublié dans les méninges et toléré pendant 17 ans, par MM. A. Merland et G. Le Goarant 676

III. *Médecine légale et Assistance :*

Sur l'internement et la libération des délinquants anormaux, par M. P. Verstraeten 676
Note sur les psychopathes frustes dits « pervers instinctifs », par M. Potet 677
Au sujet de l'hygiène mentale au Maroc, par M. Potet 677
Sur les effets thérapeutiques du nucléinate de soude en psychiatrie, par MM. B. Rodríguez-Arias et M. Moles 677
Le traitement des agitations psychosiques aiguës (délire et agitation catatonique, delirium tremens) par l'insuline, par M. H. Steck 677

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Pages

Séance du 5 janvier 1933 104
Séance du 3 février 1933 212
Séance du 2 mars 1933 373
Séance du 30 mars 1933 502
Séance du 4 mai 1933 678

Société de Médecine légale de France

Séance du 13 février 1933 214

Société française de Psychologie

Séance du 15 décembre 1932 215
Séance du 16 mars 1933 376
Séance du 27 avril 1933 504

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 décembre 1932 217
Séance du 28 janvier 1933 218
Séance du 25 février 1933 377
Séance du 25 mars 1933 504
Séance du 29 avril 1933 506

Société belge de Neurologie

Séance du 28 janvier 1933 220
Séance du 25 février 1933 379
Séance du 29 avril 1933, tenue en commun avec la Société de Pédiatrie. 508

Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

Séance du 25 mars 1933 512

VARIÉTÉS

Asiles publics d'aliénés : Nécrologie 117, 691
— — Légion d'Honneur 117, 532
— — Médailles d'Honneur de l'Assistance publique 117, 691
— — Nominations 117, 262, 533, 691
— — Vacances de postes 118, 263, 533, 691
— — En l'honneur du Dr Dequidt 118
— — A propos du projet de désaffectation de l'Asile Sainte-Anne 118

Pages

— — Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés 263
— — Société Médicale des Asiles de la Seine 263
— — Concours pour 13 postes de Médecins des Asiles publics d'Aliénés 263, 406, 533
— — Asile Clinique (Sainte-Anne). Clinique psychiatrique de la Faculté 406
— — Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie) 407
— — Concours pour 2 postes de Médecin-chef des Asiles de la Seine 534, 691
— — Association mutuelle des Médecins Aliénistes de France 534
— — Création de Poste 691
— — Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine 692
— — Les aliénés étrangers dans les Asiles 534
Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française : Questions mises à l'ordre du jour de la
— — XXXVII[e] session 118
— — Inscriptions à l'ordre du jour des séances.. 119, 263
— — Inscriptions au Congrès 119
— — Renseignements concernant le séjour et le voyage. 120
— — Nouvelle réduction des frais de voyage accordée aux Congressistes 264
— — Visite de Tanger 264
— — XXXVIII[e] session 692
Congrès de Médecine légale de langue française : XVIII[e] session. Composition du bureau 264
— — Questions à l'ordre du jour 264, 407
— — Heures et lieux de séances 408
— — XIX[e] session 693
Congrès (II[e]) International d'Hygiène mentale. Paris, 1935 694
— — Comité exécutif du Congrès 694
— — Comité du programme 694
— — Comité d'organisation et de propagande 696
Faculté de Médecine de Bordeaux 535
Hygiène et Prophylaxie 693
Prix de la Société Médico-Psychologique : année 1934 115
— — années 1935, 1936 et 1937 117
Réunion (II[e]) Européenne d'Hygiène Mentale 120
Réunion (XIII[e]) Neurologique Internationale Annuelle (30-31 mai 1933)..... 535
— — Règlement des réunions neurologiques internationales annuelles 535
— — Société de Neurologie de Paris 536
Revue (une nouvelle) médico-littéraire : Hippocrate 120
Société Médico-Psychologique : date des séances .. 115, 262, 406, 532, 690
— — Nécrologie 115, 262
— — Prix de la Société 690
Société suisse de Psychiatrie 696

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES [1]

A

Acétylcholine (l') en ophtalmologie (Jacques Rousson), 242.

Achondroplasie (Vermeylen et Heernu), 508.

Acromégalie d'origine et d'évolution anormales (W. Riese), 525.

Activité cérébrale du nourrisson (Peiper), (Schachter), 111.

Alcool (l') et l'homme, 239.

Alcooliques (rapport sur les débits de boissons (M. Sieur), 403.

Alcoolisme chronique ; la prédisposition aux accidents mentaux (Roger Mignot), 300.

— ; lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le « delirium tremens » (L. Marchand), 526.

Algies symptomatiques de lésions syphilitiques du trijumeau (Th. Alajouanine, R. Thurel et G. Boudin), 375.

Aliénation (l') mentale aux Pays-Bas G. Krauss), 240.

Aliénés (cerveaux d') ; composition en lipides (Pierre Laurie), 237.

— (règlement du mouvement des) dans les établissements psychiatriques (Carlo Ferrio), 404.

— (la loi sur le régime des) en Belgique (Carlo Ferrio), 405.

— en liberté (H. Claude), 687.

Alzheimer (maladie d') (J. Ley et J. Titeca), 386.

Amnésies traumatiques ; conséquences médico-légales (P. Abély), 669.

Anatomique (présentation de pièce) (Hoven), 378.

Anormaux (du patronage des) libérés après un internement par mesure de défense sociale (Vervaeck), 688.

Anosmie nasale, traumatique et nerveuse (Collet), 223.

— familiale (R. Nyssen, J. Helsmoortel jr. et Thienpont), 223.

Antimur ; connexions blanches (G. Pintus), 259.

Arachnoïdite spinale chronique essentielle (K. Henner), 257.

— cérébrale (P. van Gehuchten), 508.

Arriérés intellectuels ; méthode rapide de dépistage (Th. Simon), 381.

Artériosclérose (états des nerfs périphériques chez les amputés pour) (Joseph B. Priestley), 396.

Arthropathies tabétiques (L. Cornil et Mosinger), 679.

Asile Sainte-Anne ; présentation d'un vœu contre sa suppression (G. Demay), 194.

Astasie-abasie ; exagération des réactions de soutien (Rademaker et Garcin), 213.

Ataxies (les). (R. Garcin), 666.

Athétose double avec hématémèses répétées (Babonneix, Maurice-Lévy et Mlle Wilm), 502.

Atrophie faciale symétrique avec adipose douloureuse (Léchelle, A. Thévenard et Joseph), 212.

Autohémothérapie dans l'alcoolisme invétéré (Julio Lopez-Lomba), 530.

Azotémies d'origine nerveuse (E. Toulouse et A. Courtois), 642.

B

Barbituriques ; leur toxicologie (Charles Desodt), 241.

Basedow (maladie de) ; forme galopante (P. Carnot, H. Bénard, M. Rudolf et Paul Véran), 516.

Bore (le) dans la maladie de Basedow (M. Loeper, P. Soulié et E. Bioy), 530.

Bulbocapnine ; action sur le système nerveux (A. Ferraro et S.-E. Barrera), 397.

[1] Les chiffres en caractères gras se rapportent aux Mémoires originaux, aux Communications à la Société Médico-Psychologique et aux Rapports au Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

C

Calcium du sang et excitabilité neuro-musculaire dans les formes post-encéphalitiques (S. Quadri), 399.
Carbone (oxyde de) ; complexe neuro-psychique consécutif à l'asphyxie (A. Virchubski), 386.
——— ; troubles mentaux après intoxication (Laubenthal), 386.
Cardiopathes (épisodes d'angoisse lypémaniaque et impulsive chez les) (R. de Santis), 384.
Catalepsie et épilepsie (H. Baruk et D. Lagache), 202.
— et narcolepsie (J. Dereux), 373.
Catatonie expérimentale (H. de Jong), 149, 197, 247.
Catatonique (syndrome) avec contractures bilatérales (R. Leroy et P. Rubenovitch), 337.
Cathésine (contracture musculaire après injection intravasculaire de) (Bohumil K. Prusik), 114.
Céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire (Fr. Gontier), 235.
Céphalo-Rachidien (Liquide) des paralytiques généraux malarisés (José Pereyra-Käfer), 237.
———— ; teneur en cellules et en albumine chez les schizophrènes (V. Hahnemann), 260.
———— dans la démence précoce (U. de Giacomo), 260.
———— chez les déments précoces malarisés (C. Roncati), 261.
———— ; considérations expérimentales (K. O. Newmann), 401.
———— ; cytologie dans les maladies nerveuses (E. Forster), 402.
———— ; réactions de floculation (M. Hombria), 402.
———— ; valeur de la xanthochromie (F. Rawak), 402.
———— ; réactions des globulines (Juan M. Obarrio et C. Rechniewski), 402.
Cerveau ; kyste à échinocoques (Divry et Moreau), 220.
— ; poisons autochtones de nature lysocithinique (Giacomo Pighini), 397.
Cervelet ; anatomie pathologique de la substance blanche et des noyaux (H. J. Sherer), 260.
— ; recherches sur l'anatomie à propos d'un cas de démence et d'ataxie (A. Biemond), 529.
— (hémangioblastome du) (P. Puech, J.-A. Chavany, F. Rappoport et C. Ramirez), 679.
Chorée électrique d'Enoch-Bergeron (myoclonies dans la) (Ludo van Bogaert et Sweerts), 113.
— chronique progressive (Charles Davison, S. Philip Goodhart et Herman Shlionsky), 528.
Circulation cérébrale ; ses troubles ; recherches expérimentales (Jacques Ley), 233.
Commissure grise ; étude anatomo-clinique (Ferdinand Morel et J. Weiss-peiler), 259.
Compressions médullaires ; diagnostic (H. Jessen), 257.
Convulsives (crises) ; classification (H. Halban), 516.
Cordotomie antéro-latérale (O. Foerster et Gagel), 257.
Cortex cérébral ; principaux systèmes des fibres afférentes (S. Poliak), 684.
Criminel occasionnel (Louis Richard), 244.
Criminologie ; 25e anniversaire de la fondation de l'Institut de Buenos-Aires (O. Loudet), 688.
Croyances et hallucinations (Pierre Janet), 248.

D

Débile ; port illégal d'uniforme militaire (Laignel-Lavastine et Laplane), 335.
Délinquants anormaux (l'internement et la libération des) (P. Verstraeten), 676.
Délire d'explication prédémentiel (Paul Courbon), 175.
— à deux, type Régis ? (Th. Simon et J. Rouart), 597.
— de possession zoopathique, suite de délire de grossesse (P. Schiff et R. Simon), 612.
— hypocondriaque évoluant vers un état d'excitation pseudo-démentielle (J. Dublineau et Caron), 624.
— interprétatif ; mécanisme foncier de certaines formes (G. de Clérambault), 673.
Délire d'interprétation ; forme abortive (G. Bermann), 688.
Délire de persécution ; l'hallucination (Pierre Janet), 108.
—— ; les sentiments (Pierre Janet), 109.
Démence paralytique (les convulsions épileptiques de la) ; leur relation avec la sclérose de la corne d'Ammon (H. Houston Merritt), 518.
— précocissime (H. Claude, G. Heuyer et J. Lacan), 620.
Démence précoce. Symptôme et syndrome pupillaire (X. Abély et Trillot), 69.
—— ; recherches expérimentales (F. d'Hollander et Ch. Rouvroy), 247.
—— ; lésions cérébrales (F. d'Hollander et Ch. Rouvroy), 258.

—— (dynamisme de la) (Mlle C. Pascal), 391.
—— ; les lésions cérébrales ont-elles des caractères de spécificité tuberculeuse ? (F. d'Hollander), 673.
Démence sénile ; histopathologie (Ferrer y Cagigal et Diego-Ferrer), 258.
Dépression (états de) (Kurt Schneider), 383.
Déséquilibre mental ; notion médico-légale (L. Vervaeck), 219.
Déviation de l'index et réflexes statiques (J. Froment et R. Mayoux), 214.
Diplégie avec opisthotonos. Porencéphalie (de Vos et Divry), 506.
Distraction et inattention chez l'enfant (Gilbert Robin), 111.
Dure-mère cranienne ; ossification et calcification très étendues (R. Bonnard et M. Perrot), 526.

E

Electrolytique (équilibre) du sang des déments précoces et des épileptiques (Annibale Puca et Rocca Cerra), 401.
Electropyrexie, 242.
Elites (crise de la formation des) ; nécessité des recherches scientifiques pour le progrès de la neuro-psychiatrie (G. Guillain), 660.
Emotions (L. Ciampi), 110.
Emotivité ; exploration galvanométrique et acidométrique (Laignel-Lavastine et Georges d'Heucqueville), 214.
Encéphalite psychosique aiguë des alcooliques (E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois), 1.
— après vaccination prophylactique antityphique (J. Morawiecka), 522.
— psychosique aiguë azotémique (Euzière, P. Hugues, H. Viallefont et J. Vidal), 672.
— avec aphasie (S.-F. Heidema), 676.
Encéphalite épidémique (syndromes paranoïdes au cours de l') (Julien Dretler), 523.
—— chronique (l'écriture dans la période tardive de) (Vittor Ugo Giacanelli), 523.
—— (de la maladie de Gerlier à l') (M. Roch), 524.
—— (syndrome mécanique avec) (G. de Clérambault et J. Dretler), 672.
Encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance (R.-A. Ley, M. Meunier et L. van Bogaert), 521.
— psychosiques ; étude anatomo-clinique (L. Marchand), 661.
Encéphalitiques (troubles) diffus, progressifs après typhoïde (J. de Busscher), 522.
Encéphalomyélites aiguës disséminées ; cas familiaux (B. Rodríguez-Arias), 521.
— aiguës disséminées ; la neuro-myélite optique aiguë (José Sanchis Banus), 521.
Encéphalopathie chronique progressive vasculaire sous-corticale (Frederic J. Farnell et Joseph H. Globus), 394.
Encéphalopathies aiguës ; séquelles mentales (E. Toulouse et A. Courtois), 92, 585.
Endocardite maligne (modifications du cerveau dans l') (I. B. Diamond), 527.
Endocrinien (syndrome) avec pied ballant (L. Maryssael), 509.
Energie (maladies de l') : asthénies et neurasthénies (A. Deschamps et J. Vinchon), 233.
— radiante (production et étude dans le domaine psychique des manifestations de l') (L. Batoni), 398.
Enfant et adolescent psychiquement anormaux ; constance de la notion de constitution et du syndrome « instabilité » (André P. L. Beley), 364.
Ependyme médullaire (processus prolifératifs de l') (Cornil et Mosinger), 673.
Ephédrine et réactions glycémiques au cours des psychoses (Kenneth E. Appel et Harold D. Palmer), 400.
Epilepsie et troubles de la pensée intérieure (H. Baruk), 32.
— traumatique ; étude anatomo-clinique (L. Marchand et A. Courtois), 179.
— et nœvus cutané de la face (O. Crouzon, J. Christophe et Maurice Gaucher), 375.
— ; crises en rapport avec les phénomènes cosmiques (A. Fresa), 385.
— ; étude de la masse sanguine (Morgan B. Hodskins, Riley H. Guthrie et James Z. Naurison), 401.
— (démence avec) (H. Hoven), 507.
— (de Greeff), 507.
— jacksonienne (L. Maryssael), 510.
— essentielle ; quelques manifestations motrices (Luigi Balietti), 516.
— ; réflexes oculo-cardiaque, palato-cardiaque et solaire au cours de l'accès (Theodor Dosuzkov et Karel Uttl), 517.
— et syphilis congénitale (Karl A. et William C. Menninger), 517.
— ; syndrome neurosomatique (Morgan B. Hodskins et Paul I. Yakovlev), 517.
Epileptique (délire) (Henri Claude), 385.
Epileptiques (les différentes tonalités affectives des) traités (Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville), 641.

Erotomanie et délire d'interprétation (J. Capgras, E. Joaki et René Thuillier), 349.
Erythrémie avec accès de catalepsie, de chorée et de confusion mentale (P. Schiff et R. Simon), 616.
Esthétique (psychologie de la création) (Henry Valensi), 216.
Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien (H. Pichard et A. Liber), 100.
Eugénique (Léonard Darwin), 238.
Evasions d'aliénés (Roger Dupouy), 304.
Excitation maniaque et paranoïa (G. Petit), 369.
Exophtalmie par propagation intra-orbitaire de tumeurs intra-craniennes (Nayrac), 376.

F

Face ; les réflexes pathologiques et leur signification en psychiatrie (A.-L. Epstein), 515.
Facial (localisations motrices dans le noyau du) (Titiana Cahane et A. Henrich), 528.
— (paraspasme) médian et spasme facial bilatéral post-encéphalitique (O. Crouzon, J. Christophe et M. Gaucher), 674.
Films psychologiques (Gesell, Mme Ch. Bühler), 215.
Fluorures ; leur action dans le goitre exophtalmique et l'hyperthyroïdisme (Leon Goldemberg), 531.
Formulaire Bouchardat (A. Desgrez et F. Rathery), 243.
Fosse cérébrale postérieure (fibrome méningé de la) (P. Martin), 512.
Fous (avec les). Angoisses (Joseph Rivière), 227.
Fractures du crâne ; traitement préventif de la méningite (H. Vulliet), 530.
Freud (analyse critique de la théorie de) (A. Wirzubski), 392.
Frontal (syndrome) par extension cérébrale d'un épithélioma nasal (A. Courtois, J.-O. Trelles, H. Lagarde et M. Altman), 344.

G

Géotropisme chez le rat blanc (Walter S. Hunter), 252.
Gliome kystique du lobe frontal (A. Merland et G. Le Goarant), 676.
— frontal kystique droit sans signe de localisation focale (Rochon-Duvigneaud, Schaeffer, Th. de Martel et Guillaume), 679.
Gliomes de la moelle épinière et du filum terminale (I. W. Kernohan et F. Ody), 529.
Glycémie ; perturbations dans les maladies mentales (B. Rodriguez-Arias, J. Pons-Balmes et E. Irazoqui), 674.
Goitre exophtalmique et tuberculose thyroïdienne (H. Welti et R. Huguenin), 527.
—— et tuberculose folliculaire (A. Baumgartner et J. Weill), 527.

H

Hallucinations verbales et respiration (B.-J. Logre et D. Lagache), 166.
Hallucinatoires (états) (Yves J.-M. Porc'her), 94.
— (syndromes) post-encéphalitiques (P. Masquin, Mareschal et Altman), 607.
Hallucinose après ictus, hémiplégie, troubles de la sensibilité et mouvements involontaires (J. Lhermitte et Mlle G. Lévy), 104.
Hématome méningé du lobe frontal (Delmas-Marsalet), 680.
Hémiatrophie faciale progressive (La Salle Archambault et Nelson K. Fromm), 393.
Hermaphrodite (I. L. Polozker), 245.
Homme (l') et sa condition (Fr. Paulhan), 390.
Hôpital psychiatrique ouvert et centre de prophylaxie mentale de la Seine (Ed. Toulouse), 472.
Hygiène mentale au Maroc (Potet), 677.
Hypermnésies et associations médiates (R. Benichou), 252.
Hyperostoses craniennes, lipomatose douloureuse, dysplasie sanguine et altérations utéro-ovariennes (René Huguenin et Jacques-Léon Millot), 214.
Hypophysaires (les tumeurs) et leur radiothérapie (I. Figueras Bassols), 531.

I

Idiotie familiale amaurotique (G. Vermeylen, R. Dubois et H. Coppez), 510 ; — du type infantile avec lésions oculaires atypiques (Ch. Cohen et L. van Bogaert), 510.
Infectieuses (maladies) infantiles ; manifestations neuro-psychopathiques tardives (G. Vermeylen), 672.
Infundibulo-pédonculaire (pseudo-tumeur inflammatoire de la région) (L. Marchand), 672.
Infundibulo-tubériens (syndromes) (Nicolas Kyriaco), 234.

Instincts latents dans les états de maladie et de convalescence (PESERICO), 111.
Instrument (l') chez les singes (GUILLAUME et MEYERSON), 253.
Insuline dans le traitement des agitations psychosiques aiguës (H. STECK), 677.
Internement par « ordre de justice » des aliénés et des correctionnaires sous l'ancien régime (P. SÉRIEUX), 106.
Intoxication oxycarbonée aiguë ; séquelles mentales (A. COURTOIS, Mme Y. ANDRÉ et J.-O. TRELLES), 160.

K

Kinésie paradoxale (Francesco LEONE), 392.

L

Labyrinthite hérédo-syphilitique tardive (M.-P. HENNEBERT), 513.
Langage (troubles du) chez l'enfant (Gilbert ROBIN), 112.
Leuco-encéphalites subaiguës (J.-A. BARRÉ et Ludo van BOGAERT), 374.
Lobes frontaux ; symptomatologie (M. DEMIANOWSKA), 514.

M

Magie (la) dans l'art paléolithique (G.-H. LUQUET), 252.
Malade ; présentation (tumeur cranienne) (P. MARTIN), 221.
Maladie héréditaire du chien homologue de l'hérédo-ataxie et de la maladie de Friedreich (P. MOLLARET, V. ROBIN et I. BERTRAND), 212.
Maladies de Pick et d'Alzheimer (F. T. THORPE), 386.
Maladies mentales ; réaction photosérochromatique de Kottmann (L. CIAMPI et I. B. ANSALDI), 113.
— — ; variations de la formule leucocytaire (J. TINEL), 121.
— — ; diagnostic et traitement (L. NEUBERGER), 233.
— — ; statistique en Italie, 248.
— — ; traitement psychothérapique (A. RÉPOND), 265.
Malariathérapie de la paralysie générale ; influence sur la perméabilité méningée (J. DRETLER), 261.
— de la paralysie générale ; résultats éloignés (R. AIGROT), 686.
Maniaque périodique ; accès de phobie (J. CAPGRAS, E. JOAKI et René THUILLIER), 76.
Maniaques (facteur individuel dans les réactions) (P. R. VESSIE), 382.
— (états) chroniques de l'âge avancé (M. BORNSZTAJN), 383.
Maniaque-dépressive (psychose) ; délimitation et rareté (K. SCHNEIDER), 382.
— — ; états terminaux défavorables (GALATSCHIAN), 383.
Mélancolie (périodicité saisonnière d'une) à forme paranoïde (ELLENBERGER), 651.
Méningiome de la région temporale (TINEL, Th. de MARTEL et GUILLAUME), 213.
— de la région pariéto-temporale (Th. de MARTEL et GUILLAUME), 374.
— temporal ayant simulé une paralysie générale (G. DEMAY et J.-R. CUEL), 604.
— prérolandique révélé par des crises jacksoniennes (J. DEREUX et P. MARTIN), 679.
Méningisme épidémique, polynévrites, bulbopathies, encéphalomyélites : paraencéphalites ? (Josef PELNAR), 520.
Méningite séreuse à localisations multiples (CLAUDE, VELTER et Th. de MARTEL), 257.
Méningite cérébro-spinale ; association du pneumocoque et du méningocoque (Joseph CHALIER et Albert GUICHARD), 256.
Méningo-encéphalite ourlienne; formes primitive et autonome (R.-J. WEISSENBACH), 522.
Métabolisme calcique et maladies osseuses (P. DELMAS-MARSALET), 399.
Métabolisme basal dans certaines psychoses atypiques (D. MORAT), 398.
— — d'après l'épreuve de l'apnée volontaire (Pietro AMADEO), 398.
— — dans les psychoses (B. RODRÍGUEZ-ARIAS, E. IRAZOQUI et N. ENCOCHEA), 674.
Mimique (Georges Dumas), 249 ; — des aveugles (Georges DUMAS), 251.
Moelle cervicale ; lésion évolutive à début par paralysie obstétricale (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et G. BOUDIN), 373.
Myélite funiculaire de Lichteim suite d'anémie pernicieuse (Gonzalo R. LAFORA et Mariano BUSTAMENTE), 255.
— funiculaire en dehors de l'anémie pernicieuse (L. van BOGAERT, DELHAYE et DELBEKE), 380.
Myoneurale (la zone de jonction) (NOEL et POMMÉ), 396.
Myopathies progressives acquises de l'adnlte ; rôle étiologique des toxi-infections (P. FLOTTES), 684.
Mythomanie roman (B. CONOS), 372.
Myxœdème avec syndrome thomsénien (GARCIN et ROUQUES), 213.

N

Narcolepsie (R.-A. Ley, Sels et van Bogaert), 515.
Néologismes et métaphores des aliénés (P. Courbon), 189.
Nerfs vasculaires intracérébraux (Wilder Penfield), 395.
Nerveuse (maladie) organique et création littéraire (M. Schachter), 499.
Nerveux (hygiène du) (J.-A. Chavany), 238.
Nervosisme (Henri Vignes), 515.
Neurasthénie (Albert-Crémieux), 384.
Neuro-anémiques (syndromes) (R. Flament), 220 ; (J. de Busscher), 380.
Neurologie (spasmes vasculaires en) (Riser, P. Mériel et Planques), 113.
Neuromélitococcie (Henri Roger), 524.
Neurotomie rétro-gassérienne par la technique de Dandy (Baudouin, Petit-Dutaillis et Deparis), 213.
Névralgie trigéminale dans la syringobulbie (Schaeffer et M. Pelland), 680.
Névralgies cranio-faciales d'origine nasale et pharyngée (José Duerto Seron), 393.
Névraxiques (les infections) de nature indéterminée (Léon Tixier et Stanislas de Sèze), 520.
Névraxite épidémique ; forme vagotonique (Rodolfo Julio Guiral), 523.
— ; formes d'association entre catatonies et parkinsonisme (N. Bornstein), 682.
Névroses ; rapports de l'individu avec l'entourage (J. Borowiecki), 384.
Nucléinate de soude (effets thérapeutiques du) en psychiatrie (B. Rodriguez-Arias et M. Moles), 677.
Nystagmus du voile avec myoclonies synchrones (Lhermitte, Mlle G. Lévy et Trelles), 503.

O

Obsédés ; mélancoliques et constitutionnels (Cl. Vurpas et L. Corman), 409.
Obsession ; physiologie des troubles du courant de la pensée (H. Baruk), 110.
— homicide (Carlier), 217.
— de dénégation (R. Mallet et Ch. Berlioz), 591.
Obstacle » (« phénomène d') provoqué par l'urine et le liquide céphalo-rachidien (art. Donaggio), 675.
Olfactifs (réflexes) ; valeur sémiologique (Nyssen), 222.
— (troubles) dans les traumatismes cranio-cérébraux (J. Helsmoortel jr., R. Nyssen et Thienpont), 222.
— (troubles) dans les affections neurologiques (Barré), 222.
Olfaction ; physiologie (Heyninckx), 223.
Oligophrénie dans une population paysanne du Nord de la Suède (Torsten Sjogren), 389.
— ; psychose carcérale chez un criminel (F. Weil), 389.
Olives-bulbaires ; hypertrophie des cellules (Lhermitte et J.-O. Trelles), 502.
Optico-cochléo-dentelée (la dégénérescence systématisée) (L. van Bogaert et R. Nyssen), 379.
Organisation administrative (les notions de fin et de moyen dans l') (L. Landry), 504.
Ostéite fibreuse kystique du crâne associée à l'hémianopsie et à des troubles psychiques (Harold D. Palmer, Reed Harrow et Louis A. Schwartz), 520.
Oxyde de carbone (intoxication par l') (G. Vermeylen), 504 ; — suivie de troubles mentaux (van Looy), 377.

Œ

Œdème cérébral (A. Schluter et H. E. Never), 395.

P

Paralysie des inférogyres, hypertonie des superogyres et des releveurs des paupières (André-Thomas, H. Schaeffer et Ivan Bertrand), 213.
— diphtérique avec myoclonies (André-Thomas), 393.
— causée par l'éther tri-ortho-crésylphosphorique (L. van Itallie), 394.
Paralysie générale ; influence des nouveaux traitements (Th. Simon et J. Rouart), 208.
— — ; constitution physique (Louis Corman), 232.
— — ; traitement actuel (Pierre Mollaret), 241.
— — chez les Juifs (B. Bornstein), 386.
— — au début et psychose intermittente à forme circulaire (Magalhaes Lemos), 387.
— — ; délire systématisé au cours d'une rémission prolongée après malariathérapie (G. Vermeylen), 387.
— — infantilo-juvénile (Lanfranco Ciampi), 387.

—— (syndrome catatonique au cours de la) (B. Bornstein), 388.
—— et syphilis des organes (W. Nowicki), 388.
—— traitée par la tryparsamide (Léon Gerbaux), 529.
—— ; formes psychosiques ; pathogénie des délires secondaires (A. Colis), 682.
Paranoïaque (psychose) ; rapports avec la personnalité (Jacques Lacan), 230.
Paranoïdes (états) (Prados y Such et A. Linares Maza), 245.
— (réactions) chez la femme d'âge moyen (G. H. Stevenson et S. R. Montgoméry), 245.
Paraplégie spasmodique du type Strumpell non familiale (L. van Bogaert), 510.
Paresthésies de la cérébration (P. Divry), 218.
Parkinsonisme juvénile avec encéphalite à base anatomique propre (Biondi), 394.
— traumatique (A. E. Kulkov), 519.
Pédonculaire (myoclonies, syndrome labyrinthique et dystonies d'origine) (P. Mollaret et V. Robin), 678.
Pédoncule cérébral ; pseudo-tumeur ; radiothérapie ; adiposité cérébrale pileuse secondaire (G. Guillain et L. Rouques), 104.
Persécuté (ancien) auto-accusateur, revendicateur à rebours (Potet), 674.
Pervers instinctifs (les psychopathes frustes dits) (Potet), 677.
Perversité encéphalitique (A. Leroy), 218.
*p*H sanguin chez les déments précoces et les épileptiques (Annibale Puca et Viucenzo Fragola), 400.
Pileux (système) axillaire (A.-L. Epstein), 515.
Plasmocytome du sphénoïde (Christophe, Divry et Moreau), 380.
Plomb (empoisonnement par le) ; lésions du système nerveux (Armando Ferraro et Rafael Hernandez), 395.
— ; manifestations cérébrales de l'empoisonnement chez les enfants (Charles F. Mekhann), 524.
Pneumogastrique (territoire du) dans l'innervation du tube digestif (Gaëtan Jayle et Jean Cabanac), 396.
Poliomyélite antérieure subaiguë probable (E. Evrard), 220.
— à type bulbaire (W. G. Scott Brown), 254.
Polynévrite avec paralysie vélo-palatine (Cohen, Schellinckx et Mlle Flanner), 509.
Ponto-cérébelleux (syndrome de l'angle) (J. Dagnelie), 380.
Posture (réflexe de) du biceps ; facteurs posturaux et psycho-moteurs dans l'encéphalite épidemique (H. Claude, H. Baruk et Mlle S. Nouel), 114.
Potassium (recherche du) du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales (Mares Cahane), 655.
Psychanalyse d'Emily Brontë (C.-J. Beauvois), 392.
Psychiatrie médico-légale (Nerio Rojas), 243.
— ; études somatologiques (A.-L. Epstein), 248.
— (le repérage ventriculaire en) (Vermeylen et Heernu), 378.
Psycho-galvaniques (réflexes) et sens olfactif (van Iterson), 221.
Psychognomie (Paul et Camille Bouts), 226.
Psychologie ; nouveau traité. Les fondements de la vie mentale (Georges Dumas), 224.
— (théorie du « champ » en) (Giese), 376.
— fonctionnelle (Clapérède), 389.
Psychologique (l'année) (Henri Piéron), 226.
Psychopathes (application de la loi hollandaise sur les) (P. Vervaeck), 689.
Psychopathologie médico-légale (Jacintho Godoy), 244.
— de la vie quotidienne (Fernando Gorriti), 391.
Psychose émotionnelle ; application d'une peine à un ancien délinquant (P. Courbon), 81.
Psychoses ; rôle des infections microbiennes anaérobies (W. M. Ford-Robertson), 397.
— grippales (C. I. Urechia), 455.
Purpura hémorragique (paralysies périphériques au cours d'un) (Alajouanine et R. Thurel), 503.
Pyramidal et extra-pyramidal (syndrome) à évolution progressive (Cohen, J. Heernu et van Wien), 509.
Pyromane (Roelandts), 505.

R

Réactionnel (état) ; tissu lymphoïde en réaction (A. Guieysse-Pellissier), 236.
Réflexe psycho-galvanique et index hyperglycémique dans les psychoses (Mlle Madeleine R. Lookwood), 400.
Réflexes toniques de posture (O. Balduzzi), 254.
Régression héboïde et pédoïde dans les états maniaques (G. Petit), 635.
Rêve ; signification (L. S. London), 251.
Rire et épilepsie corticale (Georges Dumas), 673.

S

Sang (le) dans les maladies mentales (L. MARCHAND), 112.
Schizoïdie et hérédo-syphilis (J. HAMEL et J. MICHEL), 673.
Schizophrénie et démence précoce (Cesare RONCATI), 246.
— à forme cyclique ; albumines du sang (O. SCHRIVER et S. SCHRIVER-HERTZBERGER), 400.
Sciatique poplité externe ; paralysie consécutive à une éruption purpurique (A. THOMAS), 680.
Sclérose atypique diffuse (K. LÖWENBERG et M. FULSTOW), 255.
— multiple et diabète insipide amélioré par ponction lombaire (Ernest Q. KING), 255.
— tubéreuse (DIVRY et EVRARD), 505.
Sclérose en plaques à évolution rapide (D. PAULIAN), 255.
Sclérose latérale amyotrophique à début pseudo-polynévritique (Rafael Hernandez RAMIREZ et Arturo José SCOPINARO), 256.
———— avec symptômes mentaux (I. S. WECHSLER et Charles DAVISON), 525.
Sellaire (kyste supra-) (MONTEIRO), 105.
Séniles (plaques) dans le cortex cérébral ; leur origine (L. MARCHAND), 525.
Simulation des symptômes pathologiques et des maladies (A. COSTEDOAT), 681.
Société Médico-Psychologique. Bureau pour 1933, 52.
————. Liste des Membres au 25 janvier 1933, 52.
————. Allocution de M. L. MARCHAND, président sortant, 85.
————. Allocution de M. Georges DUMAS, président, 86.
————. Décès du Dr George M. KLINE, 87.
————. Commissions des prix, 88.
————. NOMINATIONS. *Membres titulaires :* Paul CARRETTE, 89.
Membres correspondants nationaux : CUEL, PORC'HER, PICHARD, Vigneron d'HEUCQUEVILLE, 89. DUBLINEAU, 193.
Membres associés étrangers : Gonzalo BOSCH, 194.
————. Règlement, 327.
————. Commission du prix Belhomme, 363.
————. Approbation du Règlement de la Société, 364.
————. Rapports des commissions des prix : *prix Belhomme,* 630 ; *prix Trénel,* 633.
Solaire (syndrome) ; traitement par l'association génésérine-diathermie transabdominale (PAULIAN et BISTRICANU), 530.
Spartéine ; action spasmodique expérimentale (Fernand MERCIER et A. KRIJANOVSKY), 397.
Spasme de torsion post-encéphalitique (G. GUILLAIN, P. MOLLARET et I. BERTRAND), 213.
Spina bifida occulta (J. Ed. SAMSON), 256.
Stérilisation (la) en justice (L. VERVAECK), 689.
Stovarsol dans le traitement de la paralysie générale (L. MARCHAND), 357.
Suicide ; psychologie (F. Achille DELMAS), 228.
— (le) parmi la jeunesse scolaire (W. ODYNIEC), 403.
Sympathique (le) en andrologie (LAIGNEL-LAVASTINE), 537.
Synesthésies (Juan Ramon BELTRAN), 253.
Syphilis ; épilepsie de la période secondaire (MOREAU), 506.
— acquise dans le diabète insipide et le syndrome infundibulo-tubérien (R.-J. WEISSENBACH et Gilbert-DREYFUS), 525.
Syringomyélie (hydro-) ; troubles démentiels (X. ABÉLY, COULÉON et TRILLOT), 182.
— lombo-sacrée ; panaris analgésiques (J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT), 212.
Système nerveux ; altérations microstructurales traumatiques (A. van SARBÓ), 528.

T

Temps (troubles de la notion de) et d'espace (A. LEY), 673.
Thérapeutique par les chocs en neuropsychiatrie (Noël PÉRON), 90 ; (L.-E. BALADO), 405.
Thyroïdectomie dans la maladie de Basedow (H. WELTI), 531.
Tonus musculaire chez les malades mentaux (A.-L. EPSTEIN), 514.
Toxicologiques (études) expérimentales (A. MEYER), 396.
Transfusion du sang et sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale (H. DAUSSY), 636.
Traumatisme à l'origine d'un syndrome de l'angle ponto-cérébelleux (MOREAU et CHRISTOPHÉ), 513.
— ; rapports avec quelques maladies nerveuses (O. VERAGUTH), 518.
— du crâne ; céphalées persistantes consécutives (A. CANTONNET), 519.

— à l'origine de troubles cérébraux extra-pyramidaux (Sten. Eckerstrōm), 519.
— fermé du crâne ; syndrome commotionnel tardif (Bremer, H. Coppez, G. Higguet et P. Martin), 519.
Trémulation (le phénomène de la) du menton (A.-L. Epstein), 515.
Tronc cérébral (lésions du) dans le delirium tremens et dans la psychose de Korsakoff (H. Steck), 672.
Trophœdème familial (H. Meige), 105.
Tuberculose et système nerveux (J. Galtier), 385.
Tumeur médullaire ayant simulé une sclérose latérale amyotrophique (Garcin et Petit-Dutaillis), 213.
— du IVe ventricule à évolution clinique particulière (L. Christophe, P. Divry et M. Moreau), 511.
— en bissac cérébello-médullaire (P. Martin et Ludo van Bogaert), 512.
Tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants (H. Baonville, J. Ley et J. Titeca), 378.
— associées du système nerveux (G. Marinesco et M. Goldstein), 527.
— intra-rachidiennes ; étude de la mort rapide post-opératoire (J.-A. Thiébaut), 683.
— diffuses primitives des méninges cérébro-spinales ; la maladie d'Ollivier (J. Bertrand), 683.

U

Urémiques (états) ; lésions cérébrales (M. Hechst), 395.
Urticaire géant généralisé cryptogénétique ; paralysie amyotrophique consécutive (Alajouanine, R. Thurel et G. Mauric), 503.

V

Vagabondage et aliénation mentale (Rademakers et Cleen), 218.
Végétatif (système nerveux) ; anatomie médico-chirurgicale (J. Delmas et G. Laux), 236.
Vie (les rythmes de la vie) (Laignel-Lavastine, A.-M. Chanoz, J. Monchanin, G. Richard, J. Guitton, F. Mentre, H. Duprat, H. Cardot, R. Biot), 685.
Virus neurotrope (une épidémie à) (Alph. Leroy), 521.
Vitalisme. Mnémisme. Energisme (K. Frankhauser), 390.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS [1]

A

ABÉLY (Paul). Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques, **669**.

ABÉLY (Xavier) et TRILLOT. Symptôme et syndrome pupillaire de la démence précoce, **69**.

—. *Discussion*, 84, 208, 623.

—, COULÉON et TRILLOT. Troubles démentiels dans un cas d'hydro-syringomyélie, **182**.

AIGROT (R.). Résultats éloignés de la malariathérapie de la paralysie générale, 686.

ALAJOUANINE (Th.), THUREL (R.) et BOUDIN (G.). Evolution d'une lésion médullaire cervicale à début de paralysie obstétricale, 373.

—, THUREL (R.) et BOUDIN (G.). Algies du trijumeau d'origine syphilitique, 375.

— et THUREL (R.). Paralysies périphériques au cours d'un purpura hémorragique, 503.

—, THUREL (R.) et MAURIC (G.). Paralysie amyotrophique suite d'urticaire géant généralisé cryptogénétique, 503.

ALTMAN (M.). V. *Courtois*.

—. V. *Masquin*.

AMODEO (Pietro). Métabolisme basal dans les maladies mentales par l'épreuve de l'apnée volontaire, 398.

ANDRÉ (Mme Y.). V. *Courtois*.

ANSALDI (I. B.). V. *Ciampi*.

APPEL (Kenneth E.) et PALMER (Harold D.). L'éphédrine et les réactions glycémiques au cours des psychoses, 400.

B

BABONNEIX, LÉVY (Maurice-) et WILM (Mlle). Athétose double avec hématémèses répétées, 502.

BALADO (L.-E.). Thérapeutique par choc dans les maladies mentales, 405.

BALDUZZI (O.). Réflexes toniques de posture, 254.

BALIETTI (Luigi). Quelques manifestations motrices de l'épilepsie essentielle, 516.

BANUS (José Sanchis). Les encéphalomyélites aiguës disséminées, 522.

BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants, 378.

BARBÉ (André). *Discussion*, 210.

BARRÉ (J.-A.). Les troubles olfactifs dans les différentes affections neurologiques, 222.

— et BOGAERT (Ludo van). Dissociation des leuco-encéphalites subaiguës. Type concentrique de Balo, 374.

BARRERA (S. E.). V. *Ferraro*.

BARUK (H.). Epilepsie ; « pensée parlée » ; syndrome paranoïde comitial, **32**.

—. *Discussion*, **93**, 197, 200, 201, 648.

—. Les obsessions ; troubles du courant de la pensée, **110**.

—. V. *Claude*.

— et LAGACHE (D.). Catalepsie et épilepsie, **202**.

BATONI (L.). Manifestations de l'énergie radiante dans le domaine psychique, 398.

BAUDOUIN, PETIT-DUTAILLIS et DEPARIS. La neurotomie rétro-gassérienne par la technique de Dandy, 213.

—. *Discussion*, 349.

(1) Les indications en chiffres **gras** se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS au Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

BAUMGARTNER (A.) et WEILL (J.). Goitre exophtalmique et tuberculose folliculaire, 527.
BEAUVOIS (C.-J.). Psychanalyse d'Emily Brontë, 392.
BELEY (André-P.-L.). Constance de la notion de constitution et « instabilité » chez l'enfant et l'adolescent anormaux, 364.
BELTRAN (Jnan Ramon). Les synesthésies, 253.
BÉNARD (H.). V. *Carnot*.
BENICHOU (R.). Hypermnésies et associations médiates, 252.
BERLIOZ (Ch.). V. *Mallet*.
BERMANN (G.). Forme abortive du délire d'interprétation, 688.
BERTRAND (I.). V. *Mollaret*.
—. V. *Thomas (André-)*.
—. V. *Guillain*.
BERTRAND (Joseph). Maladie d'Ollivier. Les tumeurs diffuses primitives des méninges cérébro-spinales, 683.
BIEMOND (A.). Recherches sur l'anatomie du cervelet à propos d'un cas de démence progressive et d'ataxie chez un enfant, 529.
BIONDI. Parkinsonisme juvénile avec encéphalite à base anatomique propre, 394.
BIOT (R.). V. *Laignel-Lavastine*.
BIOY (E.). V. *Loeper*.
BISTRICANU. V. *Paulian*.
BOGAERT (Ludo van) et SWEERTS. Les myoclonies de la chorée électrique d'Enoch-Bergeron, 113.
—. V. *Barré*.
— et NYSSEN. La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée, 379.
—, DELHAYE et DELBEKE. Les myélites funiculaires en dehors de l'anémie pernicieuse, 380.
—. V. *Cohen*.
—. Paraplégie spasmodique du type Strumpell non familiale, 510.
—. V. *Martin*.
—. V. *Ley (R. A.)*.
BONNARD (R.) et PERROT (M.). Ossification et calcification très étendues de la dure-mère cranienne, 526.
BORNSTEIN (B.). Etude sur la paralysie générale chez les Juifs, 386.
—. Syndrome catatonique au cours de la paralysie générale, 388.
BORNSTEIN (Norbert). Formes d'association entre catatonies et parkinsonisme dans les névraxites, 682.
BORNSZTAJN. Les états maniaques chroniques de l'âge avancé, 383.
BOROWIECKI (J.). Les rapports de l'individu avec l'entourage dans les névroses, 384.
BOUDIN (G.). V. *Alajouanine*.
BOUTS (Paul) et (Camille). La psychognomie. Lecture méthodique et pratique du caractère et des aptitudes, 226.
BREMER, COPPEZ (H.), HIGGUET (G.) et MARTIN (P.). Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne, 519.
BÜHLER (Mme Ch.). Présentation de films psychologiques, 216.
BUSSCHER (J. de). Syndrome neuro-anémique, 380.
—. Troubles encéphalitiqnes diffus, progressifs, 522.
BUSTAMENTE (Mariano). V. *Lafora*.

C

CABANAC (Jean). V. *Jayle*.
CAHANE (Mares). Le potassium du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, 655.
CAHANE (Tatiana) et HENRICH (A.). Les localisations motrices dans le noyau du facial, 528.
CAHEN, HEERNU (J.) et WIEN (van). Syndrome pyramidal et extra-pyramidal à évolution progressive, 509.
CANTONNET (A.). Céphalées persistantes après les traumatismes du crâne, 519.
CAPGRAS (J.), JOAKI (E.) et THUILLIER (René). Accès de phobie chez une maniaque périodique, 76.
—. *Discussion*, 83, 191, 341.
—, JOAKI (E.) et THUILLIER (René). Erotomanie et délire d'interprétation, 349.
CARDOT (H.). V. *Laignel-Lavastine*.
CARLIER. Obsession homicide, 217.
CARNOT (P.), BÉNARD (H.), RUDOLF (M.) et VÉRAN (Paul). La forme galopante de la maladie de Basedow, 516.
CARON. V. *Dublineau*.
CEILLIER. *Discussion*, 356.
CERRA (Rocco). V. *Puca*.
CHALIER (Joseph) et GUICHARD (Albert). Association du pneumocoque et du méningocoque dans les méningites cérébrospinales, 256.
CHANOZ (A.-M.). V. *Laignel-Lavastine*.
CHARPENTIER (René). *Discussion*, 79, 165, 343.
CHAVANY (J.-A.) et THIÉBAUT (F.). Panaris analgésiques par syringomyélie, 212.
—. Hygiène du nerveux, 238.
—. V. *Puech*.
CHRISTOPHE (J.). V. *Crouzon*.
CHRISTOPHE (L.), DIVRY et MOREAU. Plasmocytome du sphénoïde, 380.
—, DIVRY (P.) et MOREAU (M.). Tumeur du IVe ventricule à évolution clinique particulière, 511.
—. V. *Moreau*.

CIAMPI (L.). Les émotions, 110.
— et ANSALDI (I.-B.). Réaction de Kottmann dans les maladies mentales, 113.
—. Paralysie générale infantilo-juvénile, 387.
CLAPARÈDE. La psychologie fonctionnelle, 389.
CLAUDE (H.), BARUK (H.) et NOUEL (Mlle S.). Le réflexe de posture du biceps ; facteurs posturaux et psycho-moteurs de l'encéphalite léthargique, 114.
—. *Discussion*, 198, 361, 370.
—, VELTER et MARTEL (Th. de). Méningite séreuse à localisations multiples, 257.
—. Sur quelques formes de délire épileptique, 385.
—, HEUYER (G.) et LACAN (J.). Démence précocissime, 620.
—. Les aliénés en liberté, 687.
CLEEN. V. *Rademakers*.
CLÉRAMBAULT (G. de) et DRETLER (J.). Syndrome mécanique avec encéphalite épidémique, 672.
—. Mécanisme foncier de certains délires interprétatifs, 673.
COHEN (Ch.), SCHELLINCKX et FLAXNER (Mlle). Polynévrite avec paralysie vélo-palatine, 509.
— et BOGAERT (L. van). Idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypiques, 510.
COLIS (A.). Formes psychosiques de la paralysie générale ; les délires secondaires, 682.
COLLET. Anosmie d'origine nasale, traumatique et nerveuse, 223.
CONOS (B.). Mythomanie roman, 372.
COPPEZ (H.). V. *Vermeylen*.
— V. *Bremer*.
CORMAN (Louis). La constitution physique des paralytiques généraux, 232.
—. V. *Vurpas*.
CORNIL (L.) et MOSINGER. Processus prolifératifs de l'épendyme médullaire, 678.
— et MOSINGER. Arthropathies chez une tabétique, 679.
COSTEDOAT (A.). La simulation des symptômes pathologiques et des maladies, 681.
COULÉON. V. *Abély* (*Xavier*).
COURBON (P.). Application d'une peine à un délinquant guéri d'une psychose émotionnelle, 81.
—. Délire d'explication prédémentiel, 175.
—. Néologismes concernant des réalités objectives et métaphores employées pour la connaissance des états affectifs chez les aliénés, 189.
—. *Discussion*, 211, 336, 343.
COURTOIS (A.). V. *Toulouse*.
—, ANDRÉ (Mme Y.) et TRELLES (J.-O.). Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée aiguë, 160.
—. V. *Marchand*.
—, TRELLES (J.-O.), LAGARDE (H.) et ALTMAN (M.). Syndrome frontal par extension cérébrale d'un épithélioma nasal, 344.
—. *Discussion*, 623.
CRÉMIEUX (Albert-). Le syndrome « neurasthénie », 384.
CROUZON (O.), CHRISTOPHE (J.) et GAUCHER (Maurice). Epilepsie et nœvus cutané de la face, 375.
—, CHRISTOPHE (J.) et GAUCHER (Maurice). Paraspasme facial médian et spasme facial bilatéral post-encéphalitique, 674.
CUEL (J.-R.), V. *Demay*.

D

DAGNELIE (J.). Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux, 380.
DAUSSY (H.). Transfusion du sang et sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale, 636.
DARWIN (Léonard). Qu'est-ce que l'Eugénique ? 238.
DAVISON (Charles). V. *Wechsler*.
—, GOODHART (S. Philip) et SHLIONSKY (Herman). Chorée chronique progressive, 528.
DELBEKE. V. *Bogaert*.
DELHAYE. V. *Bogaert*.
DELMAS (F.-Achille). Psychologie pathologique du suicide, 228.
DELMAS (J.) et LAUX (G.). Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif, 236.
DELMAS-MARSALET (P.). Maladies osseuses et troubles du métabolisme calcique, 399.
—. Hématome méningé du lobe frontal, 680.
DEMAY (G.). Discussion, 165, 178.
—. Proposition d'un vœu contre la suppression de l'Asile Sainte-Anne, 194.
— et CUEL (J-R.). Méningiome temporal ayant simulé une paralysie générale, 604.
DEMIANOWSKA (M.). Symptomatologie des lobes frontaux, 514.
DEPARIS. V. *Baudouin*.
DEREUX (J.). Catalepsie, narcolepsie et évolution d'une affection médullaire, 373.
— et MARTIN (P.). Méningiome pré-rolandique révélé par des crises jaksoniennes, 679.

DESCHAMPS (A.) et VINCHON (J.). Les maladies de l'énergie : asthénie et neurasthénie, 233.
DESGREZ (A.) et RATHERY (F.). Formulaire Bouchardat, 243.
DESODT (Charles). Toxicologie des barbituriques, 241.
DIAMOND (I.-B.). Modifications du cerveau dans l'endocardite maligne, 527.
DIEGO-FERRER. V. *Ferrer.*
DIVRY (P.). Les paresthésies de la décérébration, 218.
— et MOREAU. Kyste à echinocoques du cerveau, 220.
—. V. CHRISTOPHE.
— et EVRARD. Sclérose tubéreuse, 505.
—. V. *Vos.*
DONAGGIO (Art.). « Phénomène d'obstacle » provoqué par l'urine et le liquide céphalo-rachidien, 675.
DOSUZKOV (Theodor) et UTTL (Karel). Les réflexes oculo-cardiaque, palato-cardiaque et solaire dans l'accès épileptique, 517.
DRETLER (J.). Perméabilité méningée dans la malariathérapie de la paralysie générale, 261.
—. Syndromes paranoïdes au cours de l'encéphalite épidémique, 523.
—. V. *Clérambault.*
DREYFUS (Gilbert-). V. *Weissenbach.*
DUBOIS (R.). V. *Vermeylen.*
DUBLINEAU (J.) et CARON. Evolution d'un délire hypocondriaque vers un état d'excitation pseudo-démentielle, 624.
DUMAS (Georges). *Allocution,* 86.
—. *Discussion,* 199, 356, 596, 603.
—. Nouveau traité de Psychologie. Les fondements de la vie mentale, 224
—. Les mimiques, 249.
—. La mimique des aveugles, 251.
—. Le rire et l'épilepsie corticale.
DUPOUY (Roger). Etude sur les évasions d'aliénés, 304.
DUPRAT (H.). V. *Laignel-Lavastine.*

E

ECKERSTRÖM (Sten.). Troubles cérébraux extrapyramidaux d'origine traumatique, 519.
ELLENBERGER. Périodicité saisonnière d'une mélancolie à forme paranoïde, 651.
ENCOCHEA (N.). V. *Rodríguez-Arias.*
EPSTEIN (A.-L.). Etudes somatologiques en Psychiatrie, 248.
—. Tonus musculaire chez les malades mentaux, 514.
—. Réflexes pathologiques de la face ; leur signification en psychiatrie, 515.
—. Phénomène de la trémulation du menton, 515.
—. Système pileux axillaire, 515.
EUZIÈRE, HUGUES (P.), VIALLEFONT (H.) et VIDAL (J.). Encéphalite psychosique aiguë azotémique, 672.
EVRARD (E.). Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë probable, 220.
—. V. *Divry.*
EY (Henri). *Discussion,* 99, 174, 191, 197, 201, 596, 612.

F

FARNELL (Frédéric-J.) et GLOBUS (Joseph-H.). Encéphalopathie chronique progressive vasculaire sous-corticale, 394.
FERRARO (Armando) et HERNANDEZ (Rafael). Empoisonnement par le plomb, 395.
— et BARRERA (S.-E.). Lésions expérimentales du système nerveux par la bulbocapnine, 397.
FERRER Y CAGIGAL et DIEGO-FERRER. Histopathologie de la démence sénile, 258.
FERRIO (Carlo). Règlements qui régissent le mouvement des aliénés dans les établissements psychiatriques, 404.
—. La loi sur le régime des aliénés en Belgique, 405.
FIGUERAS BASSOLS (I.). Les tumeurs hypophysaires et leur radiothérapie, 531.
FLAMENT (R.). Syndromes neuro-anémiques, 220.
FLAXNER (Mlle). V. *Cohen.*
FLOTTES (P.). Les toxi-infections dans l'étiologie des myopathies progressives acquises de l'adulte, 684.
FŒRSTER (O.) et GAGEL. La cordotomie antéro-latérale, 257.
FORD-ROBERTSON (W.-M.). Infections microbiennes anaérobies dans les psychoses, 397.
FORSTER (E.). Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses, 402.
FRAGOLA (Vincenzo). V. *Puca.*
FRANKHAUSER (K.). Vitalisme, Mnémisme, Energisme, 390.
FRESA (A.). Les crises épileptiques en rapport avec les phénomènes cosmiques, 385.
FRIBOURG-BLANC. *Discussion,* 211, 370.
FROMENT (J.) et MAYOUX (R.). Déviation de l'index et réflexes statistiques, 214.
FROMM (Nelson-K.). V. *La Salle Archambault.*
FULSTOW. V. *Lõwenberg.*

G

GAGEL. V. *Fœrster.*

GALATSCHIAN. Etats terminaux défavorables dans la psychose maniaque dépressive, 383.

GALTIER (J.). Tuberculose et système nerveux, 385.

GARCIN. V. *Rademaker.*

— et PETIT-DUTAILLIS. Tumeur médullaire simulant la sclérose latérale amyotrophique, 213.

— et ROUQUES. Myxœdème avec syndrome thomsénien, 213.

—. Les ataxies, 666.

GAUCHER (Maurice). V. *Crouzon.*

GEHUCHTEN (P. van). Arachnoïdite cérébrale, 508.

GERBAUX (Léon). Paralysie générale traitée par la tryparsamide, 529.

GESELL. Présentation de films psychologiques, 215.

GIACANELLI (Vittor Ugo). L'écriture dans la période tardive de l'encéphalite épidémique chronique, 523.

GIACOMO (U. de). Le liquide céphalo-rachidien des déments précoces, 260.

GIESE. Théorie du « champ » en psychologie, 376.

GLOBUS (Joseph-H.). V. *Farnell.*

GODOY (Jacintho). Psychopathologie médico-légale, 244.

GOLDEMBERG (Léon). Action des fluorures dans le goitre exophtalmique et l'hyperthyroïdisme, 531.

GOLDSTEIN (M.). V. *Marinesco.*

GONTIER (Fr.). La céphalée dans le syndrome de l'apex orbitraire, 235.

GOODHART (S. Philip). V. *Davison.*

GORRITTI (Fernando). Contribution à la psychopathologie de la vie quotidienne, 391.

GREEFF (de). Epilepsie, 507.

GUICHARD (Albert). V. *Chalier.*

GUIEYSSE-PELLISSIER (A.). L'état réactionnel du tissu lymphoïde, 236.

GUILLAIN (G.) et ROUQUES (L.). Pseudotumeur du pédoncule cérébral ; radiothérapie ; adiposité cérébrale pileuse secondaire, 104.

—, MOLLARET (P.) et BERTRAND (I.). Spasme de torsion post-encéphalitique, 213.

—. Nécessité des recherches scientifiques ; la crise de formation des élites, 660.

GUILLAUME. V. *Tinel.*

— et MEYERSON. L'instrument chez les singes, 253.

—. V. *Martel.*

—. V. *Rochon-Duvigneau.*

GUIRAL (Rodolfo Julio). Forme vagotonique de la névraxite épidémique, 525.

GUITTON (J.). V. *Laignel-Lavastine.*

GUTHRIE (Riley H.). V. *Hodskins.*

H

HAHNEMAN (V.). Albumine et cellules du liquide céphalo-rachidien dans la schizophrénie, 260.

HALBAN (H.). Classification des crises convulsives, 516.

HAMEL (J.) et MICHEL (J.). Schizoïdie et hérédo-syphilis, 673.

HECHST. Les lésions cérébrales des états urémiques, 395.

HEERNU (J.). V. *Vermeylen.*

—. V. *Cahen.*

HEIDEMA (S.-F.). Encéphalite avec aphasie, 676.

HELSMOORTEL jr. (J.), NYSSEN (R.) et THIENPONT. Les troubles olfactifs dans les traumastismes cranio-cérébraux, 222.

—. V. *Nyssen.*

HENNEBERT (M.P.). Labyrinthite hérédo-syphilitique tardive, 513.

HENNER (K.). Arachnoïdite spinale chronique essentielle, 257.

HENRICH (A.). V. *Cahane (Tatiana).*

HERNANDEZ (Rafael). V. *Ferraro.*

HEUCQUEVILLE (Georges d'). V. *Laignel-Lavastine.*

HEUYER (G.). V. *Claude.*

HEYNINCK. La physiologie de l'olfaction, 223.

HIGGUET (G.). V. *Bremer.*

HODSKINS (Morgan B.), GUTHRIE (Riley H.) et NAURISON (James Z.). La masse sanguine chez les épileptiques, 401.

—. et YAKOVLEV (Paul I.). Syndrome neurosomatique de l'épilepsie, 517.

HOLLANDER (F. d') et ROUVROY (Ch.). Recherches expérimentales sur la démence précoce, 247.

—. et ROUVROY (Ch.). Les lésions cérébrales dans la démence précoce, 258.

—. Les lésions cérébrales de la démence précoce sont-elles spécifiquement tuberculeuses ?, 673.

HOMBRIA (M.). Les réactions de floculation du liquide céphalo-rachidien, 402.

HOVEN. Présentation d'une pièce anatomique, 378.

—. Démence avec épilepsie, 507.

HUGUENIN (René) et MILLOT (Jacques-Léon). Hyperostoses craniennes et lipomatose, 214.

—. V. *Welti.*

HUGUES (P.). V. *Euzière.*

HUNTER (Walter S.). L'analyse du géotropisme chez le rat blanc, 252.

I

Irazoqui (E.). V. *Rodriguez-Arias.*
Itallie (L. van). Paralysie causée par l'éther crésylphosphorique, 394.
Iterson (van). Les réflexes psychogalvaniques et le sens olfactif, 221.

J

Janet (Pierre). L'hallucination dans le délire de persécution, 108.
—. Les sentiments dans le délire de persécution, 109.
—. *Discussion,* 199, 369.
—. Les croyances et les hallucinations, 248.
Jayle (Gaëtan) et Cabanac (Jean). Le territoire du pneumogastrique dans l'innervation du tube digestif, 396.
Jessen (H.). Diagnostic des compressions médullaires, 257.
Joaki (E.). V. *Capgras.*
Jong (H. de). La catatonie expérimentale, 149, 197, 247.
— .*Discussion,* 208.
Joseph. V. *Léchelle.*

K

Kermohan (I.-W.) et Ody (F.). Gliomes de la moelle épinière et du filum terminale, 529.
King (Ernest-Q.). Sclérose multiple associée au diabète insipide amélioré par ponction lombaire, 255.
Kraus (G.). L'aliénation mentale aux Pays-Bas, 240.
Krijanovsky (A.). V. *Mercier.*
Kulkov (A.-E.). Le parkinsonisme traumatique, 519.
Kyriaco (Nicolas). Syndromes infundibulo-tubériens ; la syphilis infundibulaire, 234.

L

Lacan (Jacques). De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, 230.
—. V. *Claude.*
Lafora (Gonzalo R.) et Bustamente (Mariano). Myélite funiculaire de Lichtheim consécutive à l'anémie pernicieuse, 255.
Lagache (D.). V. *Logre.*
Lagarde (H.). V. *Courtois.*
Laignel-Lavastine. *Discussion,* 197.
— et Heucqueville (Georges d'). Exploration de l'émotivité, 214.
— et Laplane. Port illégal d'uniforme militaire par un débile, 334.
—. Le sympathique en andrologie, 537.
— et Heucqueville (G. d'). Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités, 641.
—, Chanoz (A.-M.), Monchanin (J.), Richard (G.), Guitton (J.), Mentre (F.), Duprat (H.), Cardot (H.) et Biot (R.). Les rythmes de la vie, 685.
Landry (L.). Les notions de fin et de moyen dans l'organisation administrative, 504.
Laplane. V. *Laignel-Lavastine.*
La Salle Archambault et Fromm (Nelson-K.). Hémiatrophie faciale progressive, 393.
Laubenthal. Troubles mentaux après intoxication par l'oxyde de carbone, 386.
Laurin (Pierre). Composition en lipides de cerveaux d'aliénés, 237.
Laux (G.). V. *Delmas.*
Léchelle, Thévenard (A.) et Joseph. Atrophie faciale symétrique avec adipose douloureuse, 212.
Le Goarant (G.). V. *Merland.*
Lemos (Magalhaes). Paralysie générale au début et psychose intermittente à forme circulaire, 387.
Leone (Francesco). La kinésie paradoxale, 392.
Leroy (A.). Perversité encéphalitique, 218.
—. Epidémie à virus neurotrope, 521.
Leroy (R.) et Rubenovitch (P.). Syndrome catatonique avec contracture bilatérale, 337.
Lévy (Mlle G.). V. *Lhermitte.*
Lévy (Maurice). V. *Babonneix.*
Lévy-Valensi. *Discussion,* 79, 165, 602.
Ley (A.). Troubles de la notion de Temps et d'Espace, 673.
Ley (Jacques). Recherches expérimentales sur la circulation cérébrale et ses troubles, 233.
—. V. *Baonville.*
— et Titeca (J.). Maladie d'Alzheimer, 386.
Ley (R.-A.), Sels et Bogaert (van). Narcolepsie ; étude anatomo-clinique, 515.
—, Meunier (M.) et Bogaert (L. van). Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance, 521.
Linares Maza (A.). V. *Prados y Such.*
Lhermitte (J.) et Lévy (Mlle G.). Hallucinose après ictus et hémiplégie, 104.
— et Trelles (J.-O.). L'hypertrophie des cellules des olives bulbaires, 502.

—, Lévy (Mlle G.) et Trelles. Nystagmus du voile avec myoclonies synchrones, 503.
Liber (A.). V. *Pichard.*
Lockwood (Mlle Madeleine-R.). Réflexe psycho-galvanique et index hyperglycémique dans les psychoses, 400.
Loeper (M.), Soulié (P.) et Bioy (E.). Le Bore dans la maladie de Basedow, 530.
Logre (B.-J.) et Lagache (D.). Hallucinations verbales et respiration, 166.
London (L.-S.). La signification du rêve, 251.
Looy (van). Intoxication par l'oxyde de carbone suivie de troubles mentaux, 377.
Lopez-Lomba (Julio). Antohémothérapie dans l'alcoolisme invétéré, 530.
Loudet (O.). 25e anniversaire de la fondation de l'Institut de Criminologie de Buenos-Aires, 688.
Löwenberg (K.) et Fulstow (M.). Sclérose atypique diffuse, 255.
Luquet (G.-H.). La magie dans l'art paléolithique, 252.

M

Mallet (Raymond) et Berlioz (Ch.). Obsession de négation, 591.
—. *Discussion,* 615.
Marchand (L.). V. *Toulouse.*
—. *Allocution,* 85.
—. *Discussion,* 93, 178, 341, 349, 595.
—. Le sang dans les maladies mentales, l'épilepsie et la paralysie générale, 112.
— et Courtois (A.). Etude anatomoclinique d'un cas d'épilepsie traumatique, 179.
—. Paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol, 357.
—. Les troubles du langage au cours des accidents épileptiques conscients et mnésiques, 517.
—. Origine des plaques séniles dans le cortex cérébral, 525.
—. Lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le « delirium tremens » des alcooliques, 526.
—. Les encéphalites psychosiques, 661.
—. Syndrome infundibulo-pédonculaire ; adiposité et état démentiel, 672.
Mareschal. V. *Masquin.*
Marinesco (G.) et Goldstein (M.). Tumeurs associées du système nerveux, 527.
Martel (Th. de). V. *Tinel.*
—. V. *Claude.*
— et Guillaume. Méningiome de la région pariéto-temporale, 374.
—. V. *Rochon-Duvigneaud.*
Martin (P.). Présentation d'un malade (tumeur cranienne), 221.
—. Fibrome méningé de la fosse cérébrale postérieure, 512.
— et Bogaert (Ludo van). Tumeur en bissac cérébello-médullaire, 512.
—. V. *Bremer.*
—. V. *Dereux.*
Maryssael (L.). Syndrome endocrinien avec pied ballant, 509. Epilepsie jacksonienne, 510.
Masquin (Pierre). *Discussion,* 210.
—, Mareschal et Altman. Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques, 607.
Maurec (G.). V. *Alajouanine.*
Mayoux (R.). V. *Froment.*
Mekhann (Charles-F.). Manifestations cérébrales de l'empoisonnement par le plomb chez les enfants, 524.
Meige (H.). Trophœdème familial, 105.
Menninger (Karl-A.) et (William-C.). Epilepsie et syphilis congénitale, 517.
Mentre (F.). V. *Laignel-Lavastine.*
Mercier (Fernand) et Krijanovsky (A.). Action de la spartéine sur les états spasmodiques, 397.
Mériel (P.). V. *Riser.*
Merland (A.) et Le Goarand (G.). Gliome kystique du lobe frontal, 676.
Merritt (H. Houston). Les convulsiins épileptiques de la démence paralytique. Leur relation avec la sclérose de la corne d'Ammon, 518.
Meunier (M.). V. *Ley (R.-A.).*
Meyer (A.). Etudes toxicologiques expérimentales, 396.
Meyerson. V. *Guillaume.*
Michel (J.). V. *Hamel.*
Mignot. *Discussion,* 191, 344, 370.
—. La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique, 300.
Millot (Jacques-Léon). V. *Huguenin.*
Moles (M.). V. *Rodriguez-Arias.*
Mollaret (P.), Robin (V.) et Bertrand (I.). Maladie du chien homologue de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, 212.
— V. *Guillain.*
—. Le traitement actuel de la paralysie générale, 241.
— et Robin (V.). Myoclonies, syndrome labyrinthique et dystonie d'origine pédonculaire probable, 678.
Monchanin (J.). V. *Laignel-Lavastine.*
Monteiro. Kyste supra-sellaire, 105.
Montgomery (S.-R.). V. *Stevenson.*
Morat (D.). Utilité du métabolisme basal dans certaines psychoses atypiques, 398.

Morawiecka (J.). Encéphalite après vaccination prophylactique antityphique, 522.
Moreau. V. *Divry.*
—. V. *Christophe.*
—. Epilepsie de la période secondaire de la syphilis, 506.
— et Christophe. Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux d'origine traumatique, 513.
Morel (Ferdinand) et Weisspeiler (J.). La commissure grise, 259.
Mosinger. V. *Cornil.*

N

Naurison (James-Z.). V. *Hodskins.*
Nayrac. Exophtalmie par propagation intra-orbitaire de tumeurs intra-craniennes, 376.
Neuberger (L.). Diagnostic et traitement des maladies mentales, 233.
Never (H.-E.). V. *Schluter.*
Newmann (K.-O.). Considérations expérimentales sur le liquide céphalo-rachidien, 401.
Noel et Pommé. La zone de jonction myoneurale, 396.
Nouel (Mlle S.). V. *Claude.*
Nowicki (W.). Paralysie générale et syphilis des organes, 388.
Nyssen (R.). Les réflexes olfactifs et leur valeur sémiologique, 222.
—. V. *Helsmoortel.*
—, Helsmoortel jr (J.) et Thienpont. L'anosmie familiale, 223.
—. V. *Bogaert.*

O

Obarrio (Juan-M.) et Rechniewski (C.). Les globulines dans le liquide céphalo-rachidien, 402.
Ody (F.). V. *Kernohan.*
Odyniec (W.). Le suicide parmi la jeunesse scolaire, 403.

P

Pactet. *Discussion,* 196.
Palmer (Harold-D.). V. *Appel.*
—, Harrow (Reed) et Schwartz (Louis-A.). Ostéite fibreuse kystique du crâne associée à l'hémianopsie et à des troubles psychiques, 520.
Pascal (Mlle C.). Dynamisme de la démence précoce ; exploration par la psychanalyse pharmacodynamique, 391.
Paulhan (Fr.). L'homme et sa condition, 390.
Paulian (D.). Sclérose en plaques à évolution rapide, 255.
— et Bistricanu. Traitement du syndrome solaire par l'association génésérine-diathermie transabdominale, 530.
Peiper (M.). L'éveil de l'activité cérébrale chez le nourrisson, 111.
Pelnar (Josef). Méningisme épidémique, polynévrites, bulbopathies et encéphalomyélites : paraencéphalites ? 520.
Pelland (M.). V. *Schaeffer.*
Penfield (Wilder). Les nerfs vasculaires intracérébraux, 395.
Pereyra-Kafer (José). Liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux malarisés, 237.
Perrot (M.). V. *Bonnard.*
Peserico (M.). Comportement des instincts latents durant la maladie et la convalescence, 111.
Petit (G.). Excitation maniaque et paranoïa, 369.
—. La régression héboïde dans l'excitation maniaque, la régression pédoïde dans la manie, 635.
Petit-Dutaillis. V. *Garcin.*
—. V. *Baudouin.*
Pichard (H.) et Liber (A.). Ethylisme et polydipsie, lésion de la selle turcique, 100.
Piéron (Henri). L'année psychologique, 226.
Pighini (Giacomo). Poisons autochtones de nature lysocithinique dans le cerveau, 397.
Pintus (G.). Connexions blanches de l'Antimur humain, 259.
Planques. V. *Riser.*
Poliak (S.). Les principaux systèmes des fibres afférentes du cortex cérébral chez les primates, 684.
Polozker (I.-L.). Malade qui se considère comme hermaphrodite, 245.
Pommé. V. *Noel.*
Pons-Balmes (J.). V. *Rodriguez-Arias.*
Porc'her (Yves J. M.). Etats hallucinatoires, 94.
Potet. Ancien persécuté auto-accusateur, revendicateur à rebours, 674.
—. Psychopathes frustes dits « pervers instinctifs », 677.
—. L'hygiène mentale au Maroc, 677.
Poursines (Yves). V. *Roger.*
Prados y Such (M.) et Linares Maza (A.). Etude des états paranoïdes, 245.
Priestley (Joseph B.). Les nerfs périphériques chez les amputés pour artériosclérose, 396.
Prusik (Bohumil K.). Contracture musculaire après injection intravasculaire de cathésine, 114.

PUCA (Annibale) et FRAGOLA (Vincenzo). Variations dn *p*H sangnin chez les déments précoces et les épileptiqnes, 400.
— et CERRA (Rocco). Variations de l'équilibre électrolytique du sang chez les déments précoces et les épileptiques, 401.
PUECH (P.), CHAVANY (J.-A.), RAPPOPORT (F.) et RAMIREZ (C.). Hémangioblastome du cervelet, 679.

Q

QUADRI (S.). Calcium du sang et excitabilité neuro-musculaire dans les formes post-encéphalitiques, 399.

R

RADEMAKER et GARCIN. L'exagération des réactions de soutien dans l'atasie-abasie, 213.
RADEMAKER et CLEEN. Vagabondage et aliénation mentale, 218.
RAMIREZ (C.). V. *Puech.*
RAMIREZ (Rafael Hernandez) et SCOPINARO (Arturo José). Sclérose latérale amyotrophique à début pseudopolynévritique, 256.
RAPPOPORT (F.). V. *Puech.*
RATHERY (F.). V. *Desgrez.*
RAVIART. *Discussion*, 92.
RAWAK (F.). Valeur de la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, 402.
RAYNEAU. *Discussion*, 83, 165.
RECHNIEWSKI (C.). V. *Obarrio.*
RÉFOND (A.). Le traitement psychothérapique des maladies mentales, 265.
RICHARD (Louis). Le criminel occasionnel, 244.
RIESE (W.). Affection acromégalique d'origine et d'évolution anormales, 525.
RISER, MÉRIEL (P.) et PLANQUES. Les spasmes vasculaires en neurologie, 113.
RIVIÈRE (Joseph). Avec les fous. Angoisses, 227.
ROBIN (Gilbert). La distraction et l'inattention chez l'enfant, 111.
— Les troubles du langage chez l'enfant, 112.
ROBIN (V.). V. *Mollaret.*
ROCH (M.). De la maladie de Gerlier à l'encéphalite épidémique, 524.
ROCHON-DUVIGNEAUD, SCHAEFFER, MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Gliome frontal kystique droit sans signe de localisation focale, 679.
RODRIGUEZ-ARIAS (B.). Cas familiaux d'encéphalomyélites aiguës disséminées, 521.
—, PONS-BALMES (J.) et IRAZOQUI (E.). Les perturbations glycémiques dans les maladies mentales, 674.
—, IRAZOQUI (E). et ENCOCHEA (N.). Le métabolisme basal dans les psychoses, 674.
— et MOLES (M.). Effets thérapeutiques du nucléinate de soude en psychiatrie, 677.
ROELANDTS. Un pyromane, 505.
ROGER (Henri) et POURSINES (Yves). Formes latentes de l'infection méningococcique, 256.
—. La Neuromélitococcie, 524.
ROJAS (Nerio). Psychiatrie médico-légale, 243.
RONCATI (Cesare). Schizophrénie et démence précoce, 246.
—. Le liquide céphalo-rachidien des déments précoces impaludés, 261.
ROUART (J.). V. *Simon (Th.).*
ROUQUES (L.). V. *Guillain.*
—. V. *Garcin.*
ROUSSON (Jacques). L'acétylcholine en ophtalmologie, 242.
ROUVROY (Ch.). V. *Hollander.*
RUBENOVITCH (P.). V. *Leroy (R.).*
RUDOLF (M.). V. *Carnot.*

S

SAMSON (J. Ed.). Spina bifida occulta, 256.
SANTIS (R. de). Episodes d'angoisse lypémaniaque et impulsive chez les cardiopathes, 384.
SARBÓ (A. von). Les altérations microstructurales traumatiques du système nerveux, 528.
SCHACHTER (M.). L'activité cérébrale du nourrisson, 111.
—. Maladie nerveuse organique et création littéraire, 499.
SCHAEFFER (H.). V. *Thomas (André).*
—. V. *Rochon-Duvigneaud.*
— et PELLAND (M.). Névralgie trigéminale dans la syringobulbie, 680.
SCHELLINCKX. V. *Cohen.*
SCHERER (H.-J.). Anatomie pathologique du cervelet, 260.
SCHIFF. *Discussion*, 611.
— et SIMON (R.). Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse, 612.
— et SIMON (R.). Erythrémie avec accès de catalepsie, de chorée et de confusion mentale, 616.
SCHLUTER (A.) et NEVER (H. E.). La question de l'œdème cérébral, 395.
SCHNEIDER (Kurt). Délimitation et rareté de la psychose dite maniaque-dépressive, 382.

Schriver (D.) et Schriver-Hertzberger (S.). Albumine du sang chez les schizophrènes à forme cyclique, 400.
Schriver-Hertzberger. V. *Schriver.*
Scopinaro (Arturo José). V. *Ramirez.*
Scott-Brown (W. G.). Poliomyélite à type bulbaire, 254.
Sels. V. *Ley (R.-A.).*
Sérieux (P.). L'internement par « ordre de justice » sous l'ancien régime, 106.
Seron (José Duerto). Les névralgies cranio-faciales d'origine nasale et pharyngée, 393.
Sèze (Stanislas de). V. *Tixier.*
Shlionsky (Herman). V. *Davison.*
Sieur (M.). Rapport sur les débits de boissons alcooliques, 403.
Simon (R.). V. *Schiff.*
Simon (Th.) et Rouart (J.). Influence des nouveaux traitements de la paralysie générale, 208.
—. Méthode rapide de dépistage des arriérés intellectuels, 381.
— et Rouart (J.). Un cas de délire à deux, type Régis ?, 597.
Sjogren (Torsten). Cas d'oligophrénie dans la population paysanne en Suède, 389.
Soulié (P.). V. *Loeper.*
Steck (H.). Les lésions du tronc cérébral dans le délirium tremens et dans la psychose de Korsakoff, 672.
—. Traitement des agitations aiguës psychosiques par l'insuline, 677.
Stevenson (G. H). et Montgomery (S. R.). Réactions paranoïdes survenant chez les femmes d'âme moyen, 245.
Sweerts. V. *Bogaert.*

T

Thévenard (A.). V. *Léchelle.*
Thiébaut (F.). V. *Chavany.*
Thiébaut (J. A.). La mort rapide post-opératoire dans les tumeurs intra-rachidiennes, 683.
Thienpont. V. *Helsmoortel.*
—. V. *Nyssen.*
Thomas (André-), Schaeffer (H.) et Bertrand (Ivan). Paralysie des inférogyres, hypertonie des supérogyres et des releveurs de paupières, 213.
—. Paralysie diphtérique avec myoclonies, 393.
—. Paralysie du sciatique poplité externe, anesthésie et aréflexie consécutives à une éruption purpurique, 680.
Thorpe (F. T.). Maladies de Pick et d'Alzheimer, 386.
Thuillier (René). V. *Capgras.*
Thurel (R.). V. *Alajouanine.*
Tinel (J.). Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales, 121.
—. Martel (Th. de) et Guillaume. Méningiome de la région temporale, 213.
Titeca (J.). V. *Baonville.*
—. V. *Ley (Jacques).*
Tixier (Léon) et Séze (Stanislas de). Les infections névraxiques de nature indéterminée, 520.
Toulouse (E.), Marchand (L.) et Courtois (A.). L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques, 1.
— et Courtois (A.). Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës, 92, 565.
—. L'hôpital psychiatrique ouvert et le centre de prophylaxie mentale de la Seine, 472.
— et Courtois (A.). Sur certaines azotémies d'origine nerveuse, 642.
Trelles (J.-O.). V. *Courtois.*
—. V. *Lhermitte.*
Trillot. V. *Abély (Xavier).*
Truelle. *Discussion,* 93.

U

Urechia (C. I.). Les psychoses grippales, 455.
Uttl (Karel). V. *Dosuzkov.*

V

Valensi (Henry). Psychologie de la création esthétique, 216.
Velter. V. *Claude.*
Veraguth (O.). Les rapports entre les traumatismes et quelques maladies nerveuses, 518.
Véran (Paul). V. *Carnot.*
Vermeylen (G.) et Heernu. Le repérage ventriculaire en psychiatrie, 378.
—. Délire systématisé au cours d'une rémission chez une paralytique générale malarisée, 387.
—. Intoxication par l'oxyde de carbone, 504.
— et Heernu. Achondroplasie, 508.
—, Dubois (R.) et Coppez (H.). Idiotie familiale amaurotique, 510.
—. Les manifestations neuro-psychopathiques tardives des maladies infectieuses infantiles, 672.

VERSTRAETEN (P.). Sur l'internement et la libération des délinquants anormaux, 676.
VERVAECK (L.). La notion médico-légale du déséquilibre mental, 219.
—. Du patronage des anormaux libérés après un internement par mesure de défense sociale, 688.
—. La stérilisation en justice, 689.
VERVAECK (P.). L'application de la loi hollandaise sur les psychopathes, 689.
VESSIE (P. R.). Le facteur individuel dans les réactions maniaques, 382.
VIALLEFONT (H.). V. *Euzière.*
VIDAL (J.). V. *Euzière.*
VIGNES (Henri). Le Nervosisme, 515.
VINCHON (J.). V. *Deschamps.*
VIRCHUBSKI (A.). Complexe neuro-psychique consécutif à l'asphyxie par l'oxyde de carbone, 386.
VOS (de) et DIVRY. Diplégie avec opisthotonos, 506.
VULLIET (H.). Traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne, 530.
VURPAS (Cl.) et CORMAN (L.). Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels, 409.

W

WECHSLER (I. S.) et DAVISON (Charles). Sclérose latérale amyotrophique avec symptômes mentaux, 525.
WEIL (F.). Psychose carcérale chez un criminel oligophrène, 389.
WEILL (J.). V. *Baumgartner.*
WEISSENBACH (R.-J.). Méningo-encéphalites ourliennes primitive et autonome, 522.
— et DREYFUS (Gilbert-). La syphilis acquise dans le diabète insipide et le syndrome infundibulo-tubérien, 525.
WEISSPEILER (J.). V. *Morel.*
WELTI (H.) et HUGUENIN (R.). Goitre exophtalmique et tuberculose thyroïdienne, 527.
—. Les résultats de la thyroïdectomie pour maladie de Basedow, 531.
WIEN (van). V. *Cahen.*
WILM (Mlle). V. *Babonneix.*
WIRSZUBSKI (A.). Analyse critique de la théorie de Freud, 392.

Y

YAKOVLEV (Paul-I.). V. *Hodskins.*

Tome I. — N° 1 Janvier 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ENCÉPHALITE PSYCHOSIQUE AIGUË DES ALCOOLIQUES (DELIRIUM TREMENS)



PAR

E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS (1)

Poursuivant nos recherches anatomo-cliniques sur les psychoses aiguës, nous avons observé un grand nombre d'alcooliques, atteints de *delirium tremens ;* et ce sont nos constatations cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques que nous exposons dans ce mémoire.

Comme nous essayerons de le montrer, cette forme aiguë, qui apparaît au cours de l'intoxication alcoolique chronique, a pour substratum anatomique des lésions encéphalitiques (2). C'est pourquoi nous la désignons sous le nom d' « encéphalite psychosique aiguë des alcooliques ». Le qualificatif « psychosique » indique que dans cette maladie, dont les troubles mentaux domi-

(1) *Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.*

(2) L. Marchand. — Lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le delirium tremens des alcooliques. *Soc. anat.*, 1er décembre 1932.

nent le tableau clinique, il existe un minimum de signes neurologiques.

Si la description clinique de la psychose aiguë alcoolique a fait l'objet de nombreux travaux auxquels peu de détails peuvent être ajoutés, il n'en est plus de même en ce qui concerne les documents anatomo-pathologiques. Il est même surprenant de voir combien peu de recherches ont été consacrées à cette forme aiguë survenant chez des alcooliques chroniques. D'autre part, la question pathogénique apparaît encore très obscure.

Historique. — C'est Sutton qui, en 1813, a décrit et dénommé cette maladie *delirium tremens,* comme on peut le voir dans tous les ouvrages classiques. Elle fut ensuite étudiée en France par Rayer, Dupuytren (chez des opérés et des fracturés), Brierre de Boismont, Delasiauve, Magnan, qui sépara le délire alcoolique fébrile du délire alcoolique simple, Régis (psychose alcoolique aiguë et suraiguë, délire aigu alcoolique), Legrain, Triboulet et Mignot qui l'appellent délire « toxi alcoolique ».

Mais les travaux histologiques sont rares ; et les traités insistent principalement sur les lésions de l'alcoolisme chronique.

Klippel (1) décrit dans le *delirium tremens* des amas de corps granuleux dans les gaines lymphatiques des artérioles cérébrales ; une « hyperhémie exsudative et une diapedèse inflammatoire ». Il rapporte ces modifications à une infection surajoutée et il écrit : « L'hyperhémie ou l'inflammation des méninges relèvent d'une infection aiguë secondaire (2).

Sur cinq observations de *delirium tremens* apparus à l'occasion soit d'une pneumonie, soit d'une crise de rhumatisme subaigu, soit d'un érysipèle, Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine (3) notent dans deux cas l'augmentation des petites cellules rondes dans le cortex et une neuronophagie des cellules pyramidales, mais l'état des vaisseaux sous-corticaux n'est pas mentionné.

Alzheimer (4) n'observe « pas de traces de processus inflammatoire » dans 3 cas rapidement mortels.

Rezza (5) décrit un cas avec polioencéphalite hémorragique supérieure et leptoméningite hémorragique.

(1) *Congrès de La Rochelle,* 1893, p. 540. Anat. et pathogénie du délire des alcooliques.

(2) *Congrès de La Rochelle,* p. 542.

(3) Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine. — Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique. *L'Encéphale,* 25 sept. 1906, p. 437.

(4) Délire alcoolique fébrile de Magnan. *Zentralblatt f. Nervenheilkunde,* juillet 1904, p. 437. *An. Trénel, Rev. Neurol,* 1904, p. 1065.

(5) Rassegna di studi psych. 1923, I, An. *Encéphale,* 1923, II, p. 412.

Ohkuma (1), à propos de deux cas de *delirium tremens,* insiste sur la dégénérescence parenchymateuse et sur le rôle peu important du système vasculaire. Il trouve que les lésions sont surtout accusées dans le cortex, les corps mamillaires, le striatum et le thalamus. Dans un troisième cas, il note des hémorragies dans le lobe frontal. Il pense que ces lésions ne sont pas dues à l'alcool, mais à un poison formé ailleurs dans l'organisme.

Marcus (2) attribue les accidents mentaux de l'alcoolisme à un agent infectieux qui détermine dans le cerveau à la fois des lésions dégénératives et des lésions inflammatoires.

Dans un travail récent, F. Wichert et R. Dreszer (3) trouvent des lésions inflammatoires dans le cerveau de deux malades atteints d'alcoolisme chronique avec maladies somatiques.

⁂

Conditions d'apparition. — Avant de décrire d'après nos observations le syndrome clinique, nous désirons donner quelques renseignements sur les conditions d'apparition du *delirium tremens.*

Le *delirium tremens* apparaît généralement chez des individus qui ont dépassé la quarantaine et qui se livrent depuis longtemps à des excès éthyliques. Cependant, il peut apparaître bien plus tôt, ou au contraire dans la vieillesse : les âges extrêmes que nous avons observés sont 27 et 80 ans.

Il s'agit de sujets qui font des excès éthyliques depuis plusieurs années, quelquefois depuis plus de 20 ans. D'habitude ils s'intoxiquent avec du vin et des liqueurs alcooliques, plus rarement avec du vin seul (3 à 8 litres par jour).

Quel que soit le mode d'apparition du *delirium tremens,* on pourra toujours constater que les sujets présentaient depuis un certain temps les symptômes généraux de l'alcoolisme chronique (tremblement, sueurs nocturnes, crampes, pituites matinales, signes d'insuffisance hépatique), et surtout des signes d'alcoolisme cérébral (cauchemars professionnels, zoopsies, insomnie, réveils en sursaut, irritabilité, mémoire déficiente...).

(1) T. Ohkuma. — L'anatomie pathologique de l'alcoolisme chronique. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u Psych.,* 1930.

(2) H. Marcus. — La maladie de Korsakow. Etude étiologique et anatomopathologique. Congrès Neurol. de Berne, 31 août-4 sept. 1931. *Revue Neur.,* oct. 1931, p. 500.

(3) Histopathol. du syst. nerv. central dans l'alcoolisme chronique. An. *Annales méd.-psychol.,* 1932, p. 618.

Six malades, sur les 14 dont l'affection s'est terminée par la mort, avaient présenté antérieurement un ou plusieurs accès de *delirium tremens* et l'un d'eux est décédé à son huitième accès.

Sur ce terrain préparé, l'encéphalite aiguë survient souvent sans motif apparent. Parfois, l'accès se déclanche à l'occasion d'une infection banale (grippe, pneumonie, dont la localisation au sommet est fréquente, mais non constante), d'une intoxication médicamenteuse, d'un traumatisme (chute, fracture, opération chirurgicale même bénigne), ou après un surmenage, une émotion forte, une hémorragie (épistaxis, hématémèse), dont on sait la fréquence chez les insuffisants hépatiques, ou encore à la suite d'excès alcooliques plus importants que d'habitude, à l'occasion de fêtes (1er janvier, 14 juillet).

A l'opposé, la suppression brusque ou rapide du vin a, dans quelques cas, précédé l'accès délirant. Dans cette forme retardée, l'accès se déclanche plusieurs jours après la suppression du toxique, au cours d'une cure hospitalière motivée par des accidents subaigus.

Prodromes. — Une période prodromique plus ou moins longue peut s'observer, mais l'accès peut éclater immédiatement après un incident important (infection, traumatisme, etc.).

Les troubles gastro-intestinaux y sont constants et très accusés. C'est d'abord une inappétence progressive pour les aliments solides, accompagnée souvent de vomissements précoces. Du côté de l'intestin, constipation ou plus souvent diarrhée fétide. Rapidement, les symptômes d'atteinte cérébrale s'accentuent, le sommeil est entrecoupé de cauchemars (rêves professionnels, poursuites, chutes dans des précipices, incendies, vastes étendues d'eau, bêtes familières ou exotiques, plantes grimpantes parfois. Souvent tout a disparu au réveil.

Le tremblement des mains se fait chaque jour plus intense. Si l'activité professionnelle est souvent conservée jusqu'au jour où se déclanche l'accès délirant qui motive l'admission dans un hôpital, il n'est pas rare que cet accès soit précédé pendant 2 à 3 jours par un état de grande fatigue. Le malade doit s'aliter, mais les nuits restent agitées par des cauchemars. Le calme revient quelquefois avec le jour. Mais l'onirisme reprend à la fin de l'après-midi. L'agitation commence. Le délire de rêve apparaît. Le malade veut partir à son travail, est assailli de visions pénibles ou menaçantes. Il reconnaît à peine les siens. Il faut le maintenir dans son lit, d'où il cherche constamment à s'échapper.

Les réactions anxieuses sont parfois spécialement intenses, — fugue panophobique, défenestration pour échapper aux assassins,

tentatives de suicide pour éviter l'horrible mort que l'on prépare, tentative d'homicide sur la femme où les enfants qui ne sont plus reconnus, auto-dénonciation ou démarche au commissariat de police où le délirant vient demander protection. Il n'est pas rare qu'au début ce délire onirique soit entrecoupé de courtes périodes de lucidité, rémission de quelques heures pendant la journée. Mais, bien plus souvent, le délire de rêve et d'action commencé le soir se continue sans interruption. Le tremblement s'exagère, la fièvre et les sueurs apparaissent. L'accès de *délirium tremens* est déclaré.

Période d'état. — Les symptômes constants sont la confusion mentale avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Hallucinations visuelles et illusions. Les hallucinations auditives, olfactives et cœnesthésiques multiples alimentent des idées délirantes mobiles. Elles expliquent pour la plus grande part l'activité continue du malade, qui vit son délire. Il voit et entend ses camarades, les appelle à l'aide; le charretier siffle son chien, invective ses chevaux qu'il frappe. Ou bien ce sont des ennemis imaginaires qui envoient des gaz, des fumées, lui font des piqûres. Des chiens, des rats dévorent ses jambes, le sol est devenu brûlant ou le matelas trempé.

L'agitation se fait souvent violente, le malade crie, frappe à la porte, pousse et soutient les murs ; il bouleverse son matelas, le tourne et le retourne, le prend pour un sac qu'il doit porter, pour un tonneau qu'il met en perce, pour sa femme qui dort ou pour un homme qu'il vient de tuer. D'autres fois, il va et vient dans sa chambre. Il est affairé à servir ses clients, à rendre la monnaie qu'il compte et serre dans sa main ou donne généreusement si on le lui demande. Il tire des fils, cherche la poche familière de son gilet pour y prendre de l'argent.

Les uns parlent d'opérations extraordinaires ; on leur a déroulé et retiré les intestins, d'autres sont envahis par des bêtes qui ont pénétré leur corps, lézards, anguilles « longues comme ça », rats qu'on leur a sortis du ventre.

Le thème varie à l'infini ; mais ce qui est constant, c'est que tous ces malades sont les acteurs de leur délire, ils vivent la fantasmagorie de leur rêve.

Leur agitation est ininterrompue, diurne et nocturne, beaucoup sont violents et cherchent à fuir.

Des réponses cohérentes peuvent s'obtenir sous l'influence d'un ordre impératif. Mais il arrive aussi que les malades soient complètement « perdus », à peine capables de se tenir debout, marchant à l'aventure, s'aidant des mains comme des aveugles et se

blessant souvent contre les obstacles. Leur corps se couvre d'ecchymoses ; ils ne s'inquiètent pas du sang qui coule, des blessures qu'ils ne sentent pas. Cet état ne s'observe guère que dans les formes très graves et vers la fin de l'accès délirant.

Le tremblement est habituellement très accusé, au point que ce symptôme sert à désigner le délire. C'est un tremblement à grosses oscillations, existant au repos et augmentant à l'occasion des mouvements qu'il rend ataxiques ; il intéresse chaque segment de membre et souvent se généralise à tout le corps ; si le malade est couché, ce tremblement, comme celui d'un accès palustre, ébranle le lit tout entier.

Quand on obtient du délirant qu'il conserve quelques instants la position du serment, on observe de plus un tremblement fin, rapide, qui intéresse chaque doigt et n'est autre que le tremblement de l'intoxication alcoolique chronique.

Les sueurs, profuses, surviennent par intermittence, baignant la face et la poitrine du malade. Il est rare qu'elles manquent et sont plus ou moins abondantes.

La température s'élève ; cependant, la fièvre ne dépasse pas 38° à 38°5 dans les formes légères et courtes que Magnan avait tenté de différencier, sous le nom de « délire alcoolique simple », d'avec le « délirium tremens fébrile », souvent mortel.

En réalité, il n'est pas rare, même dans les formes où l'état physique ne paraît pas alarmant, d'observer 39°, 39°5 pendant les dernières heures d'agitation d'un accès qui guérira après une durée de deux à trois jours. Le lendemain, après un sommeil profond, la température sera revenue à la normale.

D'autre part, si dans les formes mortelles l'élévation thermique est presque toujours rapide, continue et importante (39°5, 40° et même 41°, 42° au moment de la mort), nous avons observé un cas où la température ne dépassait pas à la fin 38°2 (il convient d'ajouter toutefois que ce malade est mort au cours d'une crise d'épilepsie). D'autre part, il peut y avoir hypothermie dans la forme avec torpeur d'emblée. Donc, si l'élévation rapide de la température est souvent d'un mauvais pronostic, une température voisine de la normale peut s'observer aussi dans les cas à issue fatale.

Le pouls est rapide, en rapport avec la température ; il est fort, bien frappé dans les formes bénignes, au contraire mou et filant dans les cas graves.

Les autres signes généraux sont plus ou moins marqués. Même dans les formes légères, il existe un état saburral des voies digestives, une difficulté à l'alimentation. Il arrive que les mala-

des refusent tout aliment, toute boisson (formes graves) ; plus souvent ils acceptent les liquides qu'on leur offre. La sécrétion urinaire est diminuée ; sans doute l'abondance des sueurs l'explique pour une part, mais dans les formes graves il existe une anurie complète. L'état général est alors très altéré, pâleur, traits tirés exprimant la souffrance et une grande fatigue, teint bistré, cerne des yeux, ecchymoses multiples et étendues. La langue est alors desséchée, fendillée ; comme les dents et les lèvres, elle se couvre de fuliginosités. Dans la forme simple, au contraire, ces symptômes généraux sont moins accusés.

Les réflexes tendineux sont généralement exagérés et égaux des deux côtés.

Nous n'avons pas constaté chez les hommes de symptômes de polynévrite, au cours de l'accès de *delirium tremens*. Les réflexes tendineux ne s'abolissent que dans la période comateuse des cas mortels.

On a signalé l'inégalité pupillaire, mais ce symptôme appartient plus à l'alcoolisme chronique qu'au *delirium tremens* lui-même.

Il nous faut insister encore sur l'importance des crises épileptiques. Elles peuvent survenir à un moment quelconque de l'évolution. Il n'est pas rare qu'elles marquent le début de l'accès, paraissant alors le déclancher. On peut les observer pendant la période d'état (*delirium tremens* épileptique) (1). Survenant subitement, précédée ou non d'un cri, la crise dure peu ; elle est suivie d'une courte période comateuse. Puis après quelques minutes, l'agitation antérieure reprend avec la même intensité. Les crises peuvent se répéter au cours du même accès délirant. Elles paraissent plus fréquentes dans les cas graves. Sur 14 cas mortels, elles sont signalées trois fois. L'un de ces trois malades succomba au cours de l'accès convulsif, alors que la température ne dépassait guère 38° (2).

Evolution. — A l'inverse de l'évolution des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques, presque toujours mortelles, celle de l'encéphalite des alcooliques est favorable dans la très grande majorité des cas.

Dans les formes curables, les faits se succèdent de la façon suivante. Après la période d'état que nous avons décrite, qui dure 2 à 3 jours en moyenne, pendant lesquels le malade ne prend

(1) L. MARCHAND. — Du rôle de l'alcoolisme dans la pathogénie de l'épilepsie. *Revue de Psychiatrie*, janv. 1913.

(2) L'autopsie ne put avoir lieu.

aucun repos, on voit, en l'espace de quelques heures, l'agitation diminuer. Le malade paraît plus titubant, ses mouvements sont plus incertains, les paupières se ferment malgré ses efforts. Puis très rapidement, en quelques instants parfois, ce malade halluciné, violemment agité, dont la température a pu monter jusqu'à 39° et plus, se couche et s'endort d'un sommeil profond, qui est un phénomène très caractéristique.

Le sommeil est au début encore entrecoupé de cauchemars : le malade se tourne, fait des gestes de défense, marmotte, et il y a des soubresauts musculo-tendineux. Mais le sommeil est très profond : on peut, sans risquer de l'interrompre, soulever les paupières du sujet, vérifier le myosis serré des pupilles, et le réveil obtenu en le secouant n'est que momentané. Ce sommeil dure 10, 15, 20 heures, sans autre interruption que pour absorber quelque aliment par intervalle. Il marque définitivement, dans la plupart des cas, la terminaison de l'accès. Une seule fois, après ce sommeil, suivi d'un comportement normal pendant 48 heures, on observa une rechute, qui évolua avec la même intensité que le premier accès pendant 2 jours.

D'habitude, au réveil, la température a disparu. Le malade est calme, n'a conservé aucun souvenir précis de la période précédente. Il reste souvent un peu obnubilé, mal orienté et somnolent. Mais dans l'ensemble, il paraît cohérent, calme, et s'alimente volontiers. Une courbature généralisée n'est pas rare, elle se dissipe en quelques jours.

Dans *les cas mortels,* l'évolution est de même extrêmement rapide ; elle varie de 1 à 5 jours dans nos observations. Certains cas sont véritablement foudroyants : un malade entre le matin confus, mais encore lucide, euphorique, apyrétique. En quelques heures, l'agitation devient extrême ; le corps se couvre de sueurs, la température dépasse rapidement 39° ; le soir même, le malade meurt, après une à deux heures d'un coma hyperthermique.

Plus souvent, l'agitation dure 1 à 3 jours, puis les traits s'altèrent, le facies devient terreux, grippé ; les lèvres se sèchent et s'ulcèrent, des sueurs inondent le corps ; la température se maintient au-dessus de 39°, puis dépasse 40°. Le malade devient titubant, il ne peut bientôt plus se tenir debout, reste couché sur le dos, la tête en hypertension, les jambes étendues, les bras continuellement en mouvement occupés à tirer des fils ou à défendre le visage de dangers hallucinatoires. Tous les réflexes s'abolissent. Il peut exister de la raideur de la nuque et des soubresauts de tendons. Anurie ; déglutition impossible ; respiration de plus en plus pénible ; pouls imperceptible ; hausse thermique

(au-dessus de 41° parfois) ; les extrémités se cyanosent et la mort survient après un très court coma. Elle est hâtée parfois par une syncope brutale ou des phénomènes asphyxiques subits. Dans aucun de nos cas, la mort n'a été précédée d'un coma acétonémique par céto-acidose, malgré les lésions parenchymateuses graves du foie.

La durée de l'accès est donc courte. Or, certains traités donnent une évolution de 10 jours et même de 15 à 30 jours.

Dans la grande majorité des cas curables, la durée ne dépasse pas 2 à 3 jours. Nous n'avons vu l'accès atteindre 4 jours que bien rarement et pour ainsi dire jamais 8 jours. Il s'agissait alors de cas où l'agitation était peu intense et la dégénérescence hépatique cliniquement très avancée.

Dans les cas mortels, la durée est également très courte, de 1 à 3 jours d'habitude.

Syndrome biologique. — Les urines sont foncées et diminuées de volume, ici comme dans les autres accès de confusion mentale. Régis et ses élèves ont insisté déjà sur la valeur de la courbe urinaire dans ces cas.

Nous avons dit que dans les formes graves, l'oligurie pouvait devenir de l'anurie. Un de nos malades n'urina pas pendant 3 jours ; au troisième jour, un sondage vésical ne ramena pas d'urine. Cependant, le sujet était devenu calme et lucide; mais la première miction de 250 cc. survint seulement 3 h. plus tard. Il semble donc qu'il n'y ait pas de rapport net de causalité entre les phénomènes mentaux et l'arrêt de la sécrétion urinaire. Il paraît plutôt s'agir de deux phénomènes parallèles, sans doute sous la dépendance d'un facteur commun, l'atteinte cérébrale.

L'albuminurie est fréquente. Elle est habituellement peu importante, de 0 gr. 05 à 0 gr. 25 le plus souvent. Dans quelques cas mortels, nous avons pu voir cependant le taux s'élever à 1 gr. et même dans un cas à plus de 2 gr. A signaler que ce malade n'avait congénitalement qu'un seul rein pesant 380 gr., et que l'autopsie révéla atteint de sclérose diffuse.

La glycosurie n'est pas rare au cours de l'accès aigu. On la retrouve d'ailleurs aussi fréquemment chez des alcooliques chroniques non délirants. Elle est d'habitude peu élevée, quelques grammes par litre le plus souvent. Elle ne s'accompagne ni d'hyperglycémie, ni de symptômes cliniques de diabète. Il arrive qu'à cette glycosurie s'associe de la lévulosurie.

L'acétonurie a été rarement constatée ; elle ne persiste pas après la guérison.

A l'inverse de ces éléments pathologiques de l'urine, qui sont inconstants, l'urobilinurie s'observe dans tous les cas et en quantités le plus souvent très importantes. On la trouve d'ailleurs aussi bien au cours de l'alcoolisme chronique sans confusion grave que dans les formes mortelles du delirium tremens et à des taux qui ne paraissent pas bien différents. L'urine contient aussi des sels biliaires, mais moins constamment que de l'urobiline. L'indican et les bases xanthiques sont augmentées, parfois dans des proportions considérables.

Le taux des éléments normaux est également modifié ; l'élimination de l'urée diminue, comme celle des chlorures et des phosphates (Galtier). Après la guérison de l'accès, le rein paraît reprendre rapidement son pouvoir d'élimination, tant pour l'eau que pour les chlorures et l'urée. Notre malade anurique depuis 3 jours, émit pendant les 14 premières heures de sa guérison 800 cc. d'urines, contenant 32 gr. 50 0/00 d'urée.

A l'examen microscopique, ni pus, ni cylindres hyalins ou granuleux.

Sang. — Il existe pendant l'accès un état de rétention dans l'organisme comme au cours des maladies infectieuses aiguës (Achard et Leblanc) (1). Nous avons vu cette rétention porter sur l'urée, le chlore, le sucre, la cholestérine sanguine ; mais, si le taux de ces trois derniers corps ne subit que des majorations minimes, ne dépassant que de quelques dizaines de centigrammes les chiffres normaux maxima, il en va tout autrement pour l'urée sanguine (2).

L'azotémie normale ou à peine augmentée au début des accidents mentaux, s'élève avec l'évolution de l'accès délirant. Dans les cas bénins, il dépasse rarement 0 gr. 80. Dans les formes graves curables, au contraire, le taux de l'urée sanguine augmente chaque jour pour atteindre son maximum à la fin de l'accès, quand le malade s'endort. Nous avons observé alors des taux variant entre 1 gr. et 3 gr. ‰ (max. : 3 gr. 18), les plus fréquents oscillant entre 1 gr. et 1 gr. 50.

Les dosages quotidiens permettent de suivre cette augmentation pendant les 3 à 5 jours de l'accès, puis la baisse progressive rapide de l'azotémie. Cependant, le retour à des taux nor-

(1) ACHARD et LEBLANC. — L'état de rétention dans l'organisme au cours des maladies aiguës. *Soc. Méd. Hôp. Paris,* 26 juillet 1918.

(2) E. TOULOUSE, A. COURTOIS et Mlle RÜSSEL. — Modific. chimiques du sang au cours du délirium tremens alcoolique. *Ann. méd.-psychol.,* février 1931, p 124.

maux (0,25, 0,30) ne se trouve guère réalisé que le 4e ou le 5e jour après la guérison de l'accès aigu.

Dans les cas mortels, si l'évolution a été très rapide, le taux de l'urée sanguine reste peu augmenté (0,50 à 0,70). Lorsque le délire dure 3 à 5 jours, l'azotémie augmente jusqu'au décès (taux maximum observé, 2 gr. 80). On ne peut guère espérer tirer du taux lui-même de l'urée sanguine une indication pronostique, puisque dans certains cas graves mais non mortels, des taux aussi et même plus élevés ont été relevés. Citons un cas de délirium tremens compliqué d'ictère grave où l'azotémie terminale atteignit 5 gr. 20 %.

Les dosages successifs permettent de vérifier que les autres corps (chlore, sucre, cholestérine) suivent une courbe parallèle à celle de l'urée sanguine. Achard, J. Lévy et Wellisch trouvent le taux du potassium plasmatique diminué, alors que Ca et Na sont augmentés (*Soc. Biol.*, 13 nov. 1931).

Le taux des pigments biliaires dans le sang est habituellement augmenté dès le début de l'accès (1/30.000, même 1/20.000) ; il devient pratiquement indosable après quelques jours, au-dessous de 1/40.000.

L'examen hématologique donne souvent la formule des maladies infectieuses ; il n'y a pas d'anémie importante, mais lymphocytose (10 à 25.000) avec polynucléose.

Le liquide céphalo-rachidien. — Il est habituellement peu modifié. MM. H. Claude, Targowla et Lamache (1) avaient signalé des altérations passagères du liquide à l'occasion d'un épisode alcoolique subaigu chez deux hérédo-syphilitiques et chez une femme ayant présenté une encéphalopathie infantile. Les 100 examens dont l'un de nous, avec Pichard (2) a rapporté les résultats, ont permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

La tension est normale ou peu augmentée, et seulement dans quelques cas.

L'albumine (méthode de Mestrezat), ne dépassait le taux normal (0,30 ‰) que dans 11,5 % des cas, atteignant 0,40 à 0,50 dans 4,5 %.

Abadie et Pauly (3) ont observé une légère hyperalbuminose dans 30 % des cas.

(1) Soc. de Psychiatrie, 20 oct. 1927. *Encéphale*, p. 722.

(2) A. Courtois et H. Pichard. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme subaigu (100 examens). *Soc. méd.-psych.*, juillet 1929.

(3) Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme. Congrès de Lille, 1930. *Comptes rendus*, p. 201.

La lymphocytose est nulle ou très faible. Exceptionnellement, elle a été trouvée notablement augmentée, mais chaque fois après une crise épileptique (1).

Les réactions des globulines (Pandy et Weichbrodt) sont négatives.

De même, les réactions de la syphilis, Bordet-Wassermann, Meinicke furent toujours négatives (en dehors des cas, bien entendu, où l'accès alcoolique masquait une syphilis du névraxe et qu'on n'a pas retenus pour ce travail).

Le benjoin colloïdal a donné une précipitation étendue à la zone méningitique dans 25 % des cas. Mais on retrouve chez des alcooliques chroniques, en dehors des accès aigus, un pourcentage comparable d'anomalies du benjoin. On peut admettre que cette extension de la précipitation dans la zone méningitique est en rapport avec les lésions méningées chroniques, si communes chez les vieux buveurs.

A la période terminale du délirium tremens, le sucre du liquide a été trouvé augmenté (0,80 à 1,50) ; de même le taux du chlore peut dépasser 5 gr. ‰. Ces faits s'observent dans d'autres psychoses aiguës mortelles.

D'ailleurs, dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le sang, c'est l'urée qui subit les plus grandes modifications. Dans les formes curables, même augmentation au cours de la période d'état ; même baisse avec la guérison. Dans les cas mortels, l'urée du liquide suit aussi l'évolution de l'azotémie. Elle lui reste habituellement légèrement inférieure (2).

Anatomo-pathologie. — A l'examen macroscopique de l'encéphale, on ne note souvent qu'un état congestif des méninges molles. Chez trois de nos sujets, la pie-mère était légèrement épaissie et avait un aspect laiteux à la surface convexe des hémisphères ; cette lésion, dans aucun cas, ne pouvait être assimilée aux hématomes intra-arachnoïdiens enkystés qu'on observe parfois comme une trouvaille d'autopsie chez d'anciens alcooliques déments. On ne note généralement ni augmentation de volume des ventricules latéraux, ni granulations du plancher du qua-

(1) E. Toulouse, A. Courtois et H. Pichard, *Soc. clin. de Méd. mentale*, juillet 1929 — et A. Courtois et H. Pichard. Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien après un accident convulsif au cours de l'alcoolisme subaigu. *Soc. Clin. M. M.*, janvier 1930.

(2) Depuis la composition de ce travail, MM. H. Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bonnard ont publié leurs recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien (*Pr. Méd.*, 3 déc. 1932). Sur 8 cas d'éthylisme aigu ou subaigu, ils ont observé 7 fois une augmentation de la peptorachie et de l'indice rachidien de désamination.

trième ventricule ; et, fait intéressant, dans aucun de nos cas, nous n'avons observé d'athérome des artères cérébrales ; cependant, certains de nos sujets avaient atteint la cinquantaine et leurs excès éthyliques remontaient à de nombreuses années.

Le poids du cerveau ne varie que dans les limites que l'on note chez la plupart des sujets normaux ; il est plutôt élevé (tableau I). Dans un seul cas, où d'ailleurs existait une légère

TABLEAU I

OBS.	SEXE	AGE	HÉM. DR.	HÉM. G.	CERVELET	FOIE	REIN DR.	REIN. G.	RATE
1. Le N.....	H.	47 ans	530 gr.	525	150	1.550	140	220	160
2. Cail.....	H.	48 —	587 —	585	145	2.400	270	240	150
3. Sup.....	H.	49 —	590 —	590	160	2.630	235	160	140
4. Pi.....	H.	41 —	680 —	680	180	2.430	380	absent	180
5. Bo.....	H.	33 —	610 —	640	200	2.500	250	280	150
6. Mal.....	H.	50 —	660 —	660	185	2.130	200	230	140
7. Tre.....	H.	37 —	510 —	600	165	1.710	280	130	230
8. Pel.....	H.	48 —	560 —	565	140	1.400	190	250	100
9. Ban.....	H.	45 —	650 —	655	220	1.850	200	230	140
10. Dud.....	H.	27 —	650 —	650	180				
11. Chau.....	H.	47 —	590 —	580	185	2.100	210	230	350
12. Wir.....	H.	31 —	670 —	670	190	1.540	180	200	70
13. Rous.....	H.	41 —	475 —	465	170	880	270	190	100
14. Ber.....	H.	40 —	600 —	600	180	1.830	220	200	120

dilatation des ventricules latéraux, le poids du cerveau (1,055) était manifestement au-dessous de la normale.

L'absence d'atrophie ou de lésions localisées s'accorde avec le fait qu'il s'agit d'individus qui, quelques jours encore avant la mort avaient un comportement normal. Dans une observation, l'encéphalite a pris la forme de l'encéphalite hémorragique, caractérisée par plusieurs foyers d'hémorragies miliaires plus ou moins confluentes, intéressant la substance grise et la substance blanche sous-corticale. Ohkuma (1) cite un cas semblable.

Par contre, l'examen des organes apporte des données plus caractéristiques : nous indiquons dans le tableau suivant le

(1) T. OHKUMA. — *Loc. cit.*

poids des principaux organes et contrairement à ce que l'on observe dans les autres encéphalites psychosiques aiguës, on note ici une hypertrophie fréquente du foie. Ainsi, parmi les 13 sujets morts de délirium tremens, à l'autopsie desquels le foie a été pesé, nous constatons que 6 fois le poids de cet organe varie entre 2 et 3 kg. Dans un seul cas, il est manifestement atrophié et présente les caractères de la cirrhose atrophique de Laënnec. Chez les autres sujets, il revêtait le type de la cirrhose hypertrophique graisseuse.

Les reins ne présentent pas de lésion, sauf quelquefois un état congestif.

La rate n'est pas hypertrophiée. Deux fois seulement elle pèse plus de 200 grammes. Un de ces deux sujets était un ancien paludéen. Le tissu splénique, dans aucun cas, n'a présenté de friabilité spéciale.

Les poumons sont généralement congestionnés. Sur 28 cas autopsiés, nous avons observé 12 fois une congestion intense.

Le cœur ne présente d'ordinaire rien de particulier ; on ne note aucune lésion orificielle récente. Dans quelques cas, il existait un léger athérome aortique.

L'examen histologique du système nerveux permet de constater quelques particularités dans la morphologie des lésions encéphaliques, qui sont les mêmes dans le délirium tremens, survenu sans cause apparente comme au cours d'une maladie infectieuse intercurrente.

Chez la plupart de nos sujets, il existe des lésions de méningite chronique. La pie-mère est épaissie ; elle est formée de couches stratifiées de collagène renfermant de nombreux macrophages, alors que les vaisseaux ne présentent aucune réaction lymphocytaire, aucune lésion d'athérôme. Cette lésion paraît relever de l'intoxication alcoolique chronique.

Les lésions des cellules nerveuses revêtent les caractères des altérations aiguës. Dans le cortex cérébral, certaines cellules ont encore gardé leur forme pyramidale, mais les granulations chromophiles se sont effritées et le corps cellulaire devient granuleux. Le noyau est repoussé sur le bord de la cellule. Les prolongements cellulaires sont peu apparents. Dans d'autres éléments, le corps cellulaire est uniformément coloré et prend un aspect hyalin, à peine teinté par les colorants. Souvent, le noyau apparaît plus coloré que le corps cellulaire et est entouré d'une zone claire qui le sépare du corps cellulaire (fig. 1 et 2). A un dernier stade, la cellule et le noyau, très atrophiés, ont perdu leurs réactions tinctoriales et se nécrosent. Autour de ces cellules, qui dis-

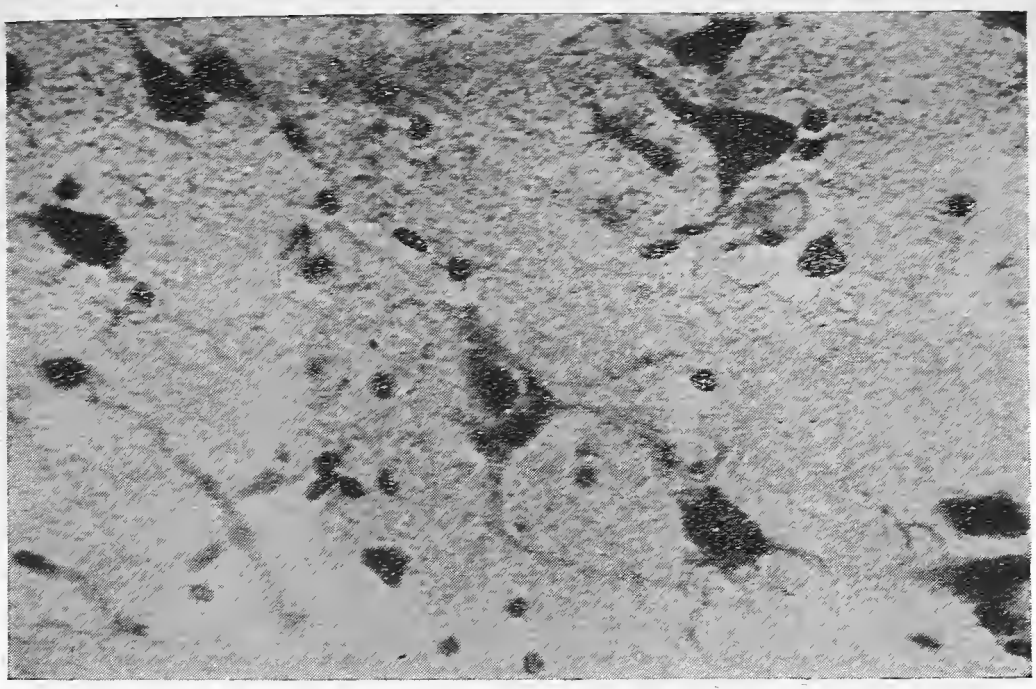


FIG. 1. — H. 45 ans. *Délirium tremens.* 2e frontale gauche (Méthode de Nissl). Microphoto. Diamètre 535. Cellule pyramidale au début de sa désintégration.

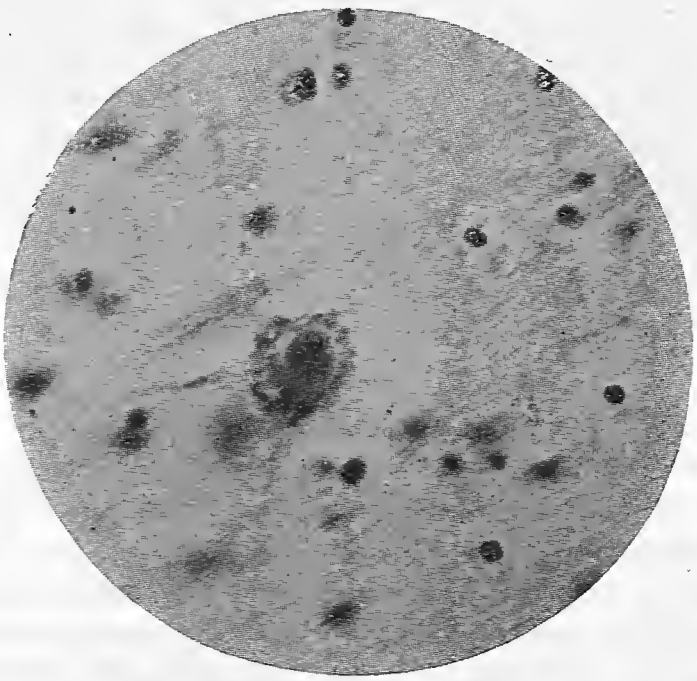


FIG. 2. — H. 45 ans. *Délirium tremens.* Région motrice droite (Méthode de Nissl). Microphoto. Diamètre 535. Cellule pyramidale en voie de désintégration. Le noyau est séparé du cytoplasma par une couronne incolore.

paraissent par une sorte de lyse, on ne note aucune figure de neuronophagie. Au Bielchowsky, les neurofibrilles prennent mal

l'imprégnation argentique et restent même complètement invisibles dans le corps cellulaire.

Ces mêmes lésions des cellules se retrouvent dans les autres régions de l'encéphale, et sont toujours très accusées dans la couche optique et dans les olives bulbaires. Elles ne diffèrent pas de celles que nous avons décrites dans les autres encéphalites psychosiques aiguës. Notons cependant qu'il est plus fréquent

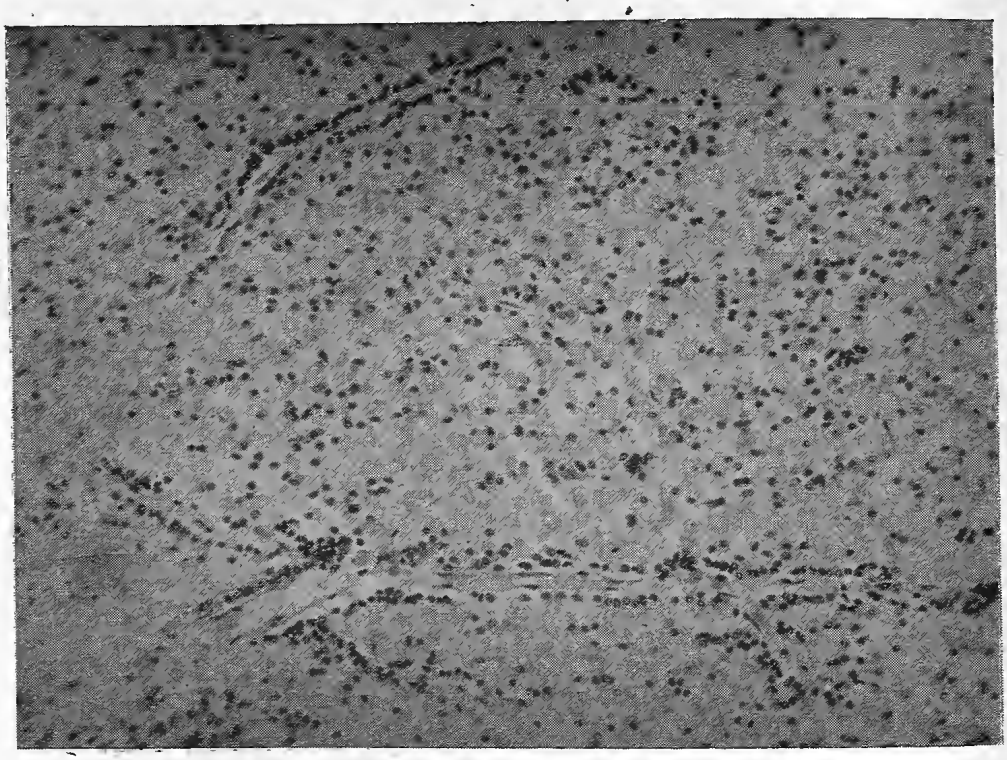


FIG. 3. — H. 47 ans. *Délirium tremens.* 2e frontale droite (Méthode de Nissl) Microphoto. Diamètre 115. Substance blanche sous-corticale. Péricapillarite intense.

d'observer ici la pigmentation des cellules du cortex, des couches optiques et des olives bulbaires, lésions qui paraissent le résultat de l'intoxication alcoolique chronique.

Les réactions périvasculaires qui sont si nettes, si caractéristiques, si diffuses dans les encéphalites psychosiques aiguës primitives et secondaires (1), où l'on peut les observer même dans les noyaux gris centraux et le bulbe, sont ici moins accusées. On les rencontre dans la substance blanche sous-corticale des lobes frontaux et des régions motrices ; elles ne se voient qu'exceptionnellement dans les autres régions de l'encéphale.

(1) *Presse médicale,* n° 30, 12 avril 1930 et n° 26, 1er avril 1931.

Elles peuvent, dans certains cas, présenter une certaine intensité et on retrouve la disposition en chapelet ou en palissade de cellules rondes mononucléées autour des capillaires (fig. 3). Dans la plupart des cas, on note dans l'adventice des artérioles et des veines des corps granuleux bourrés de granulations ocres.

Les vaisseaux et les capillaires sont distendus, leur endothé-

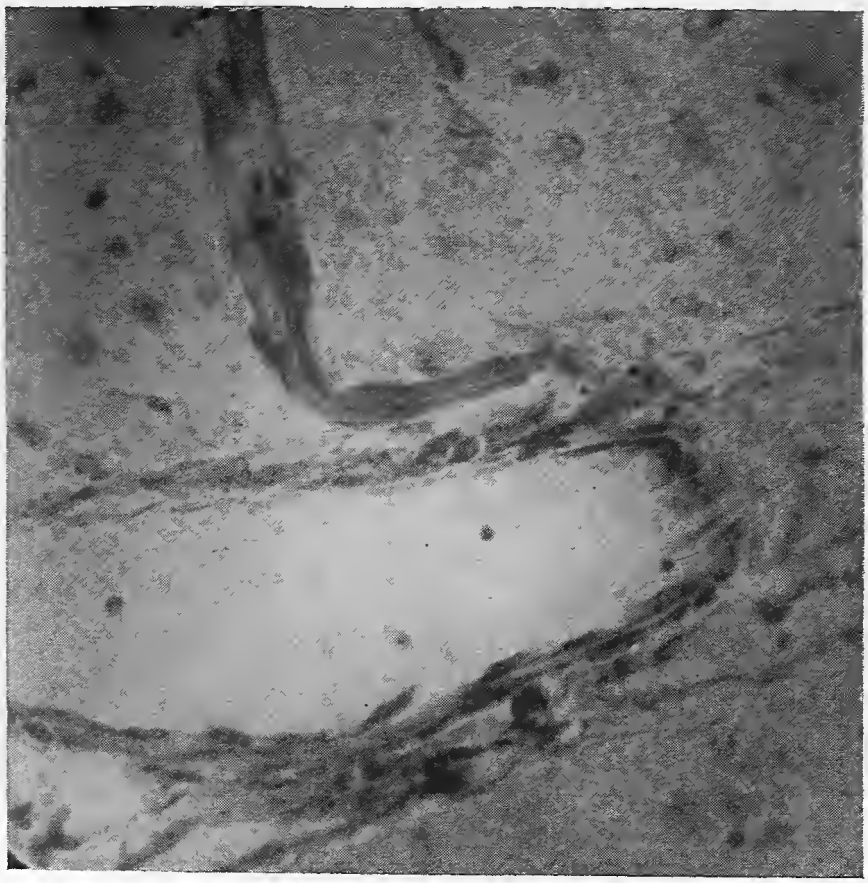


FIG. 4. — H. 31 ans. *Délirium tremens*. 2e frontale gauche (Méthode de Nissl). Microphoto. Diamètre 325. Endothélium des capillaires et des vaisseaux très tuméfiés.

lium tuméfié (fig. 4) ; et souvent on note la présence de petites extravasations sanguines périvasculaires. Dans le seul cas où macroscopiquement on constatait des foyers d'encéphalite hémorragique, le tissu cérébral était à leur niveau dissocié par les nombreuses hémorragies miliaires péricapillaires. Dans ces foyers, il est fréquent de noter au milieu des globules sanguins la présence de nombreux petits corpuscules arrondis prenant fortement les colorants hématoxyliniques et dont la taille varie de celle d'un petit lymphocyte à celle d'un coccus (fig. 5). Ces éléments présentent les caractères des corpuscules amyloïdes.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé de nodules inflammatoires ; parfois, dans la substance blanche sous-corticale et dans les cordons médullaires, il existe des nodules formés par l'agglomération de quelques cellules névrogliques à protoplasma prenant les colorants basiques (nodules gliaux) (fig. 6).

La névroglie est souvent hyperplasiée dans la couche molé-

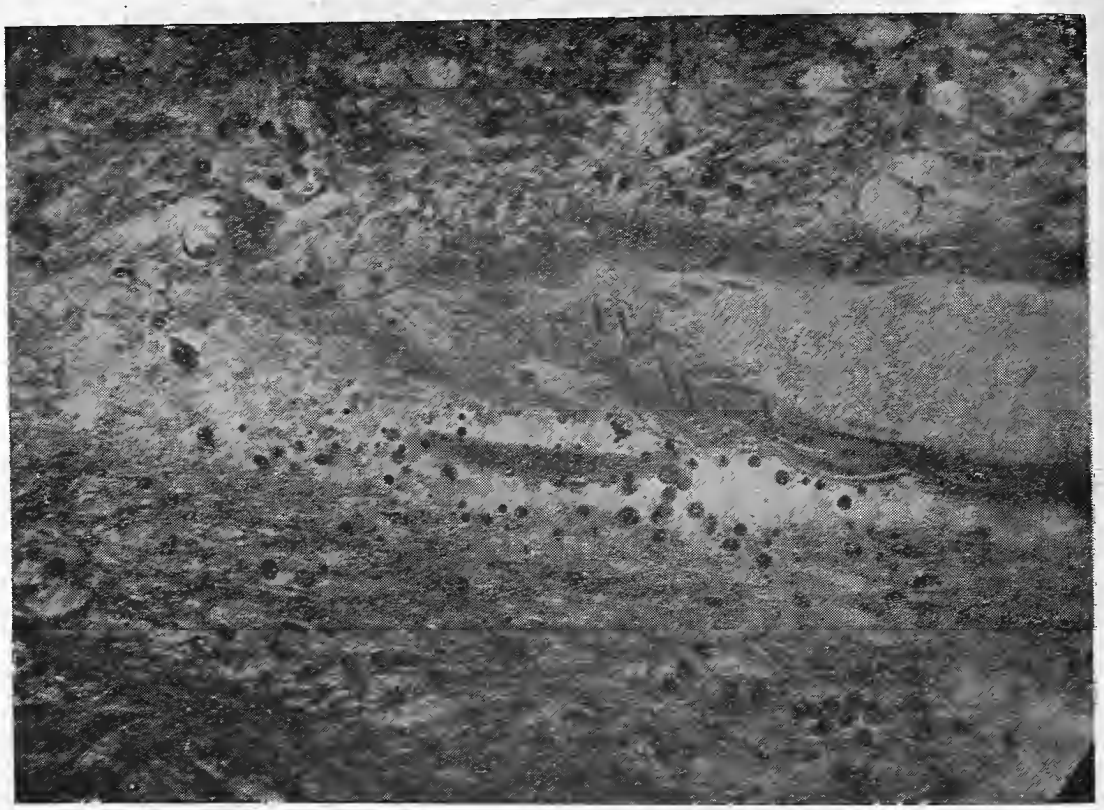


Fig. 5. — H. 27 ans. *Délirium tremens*. Bulbe (Méthode de Van Gieson). Microphoto. Diamètre 325. Extravasation sanguine péri-artérielle avec corpuscules amyloïdes de tailles diverses.

culaire ; les cellules névrogliques s'y présentent volumineuses et comprennent de nombreux prolongements fibrillaires, sclérose en rapport peut-être avec les lésions chroniques de la pie-mère (méningite chronique). Dans les autres parties du cortex, les cellules névrogliques ne paraissent pas avoir proliféré. Sur les coupes traitées par la méthode de Ramon y Cajal à l'or sublimé, on remarque nettement que les cellules rondes qui bordent les capillaires et les petits vaisseaux ne sont pas des cellules névrogliques ; ces dernières, avec leurs prolongements qui viennent s'accoler sur l'adventice des vaisseaux, ne sont ni plus nombreuses, ni plus volumineuses que normalement.

Dans aucun cas nous n'avons noté de lésions de l'épithélium des ventricules, ni de réactions névrogliques sous-épendymaires.

La microglie ne nous a pas paru présenter de modifications notables. Les microgliocytes ne sont pas plus nombreux que normalement. Ceux qui sont situés le long des parois vasculaires ont parfois leur corps épaissi, sans altérations de leurs prolongements rameux (fig. 7).

Le *cervelet* est toujours moins touché que le cerveau. On note

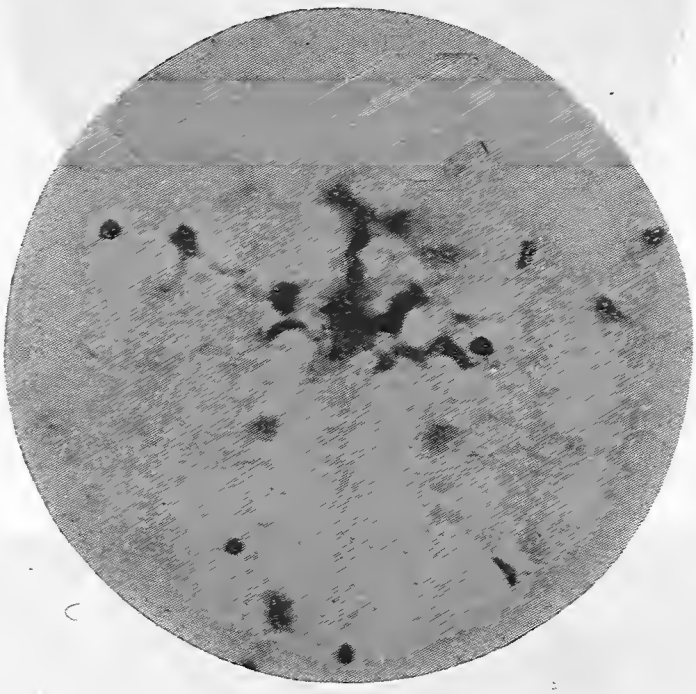


FIG. 6. — H. 33 ans. *Délirium tremens.* Mœlle cervicale (Méthode de Niss'). Microphoto. Diamètre 535. Nodule névroglique dans les cordons postérieurs.

parfois des lésions de méningite chronique. Dans le parenchyme, les seules lésions importantes portent sur les cellules de Purkinje, qui sont pauvres en granulations chromophiles.

On peut relever, dans les *pédoncules,* le *bulbe* et la *moelle,* la dégénérescence graisseuse et atrophique des cellules des noyaux des nerfs crâniens et des cellules des cornes antérieures de la moelle (fig. 8), lésions qui offrent des caractères de chronicité (intoxication alcoolique chronique). Seules les cellules des olives bulbaires sont en voie de désintégration aiguë (fig. 9). Les réactions vasculaires font généralement défaut. Quand elles existent, elles sont toujours très discrètes. A noter dans quelques cas la présence de petites hémorragies péri-capillaires dans le plancher du quatrième ventricule.



FIG. 7. — H. 47 ans. *Délirium tremens*. Région motrice gauche (Méthode de Hortega). Microphoto. Diamètre 325). Cellules microgliques périvasculaires avec corps hyperplasié.

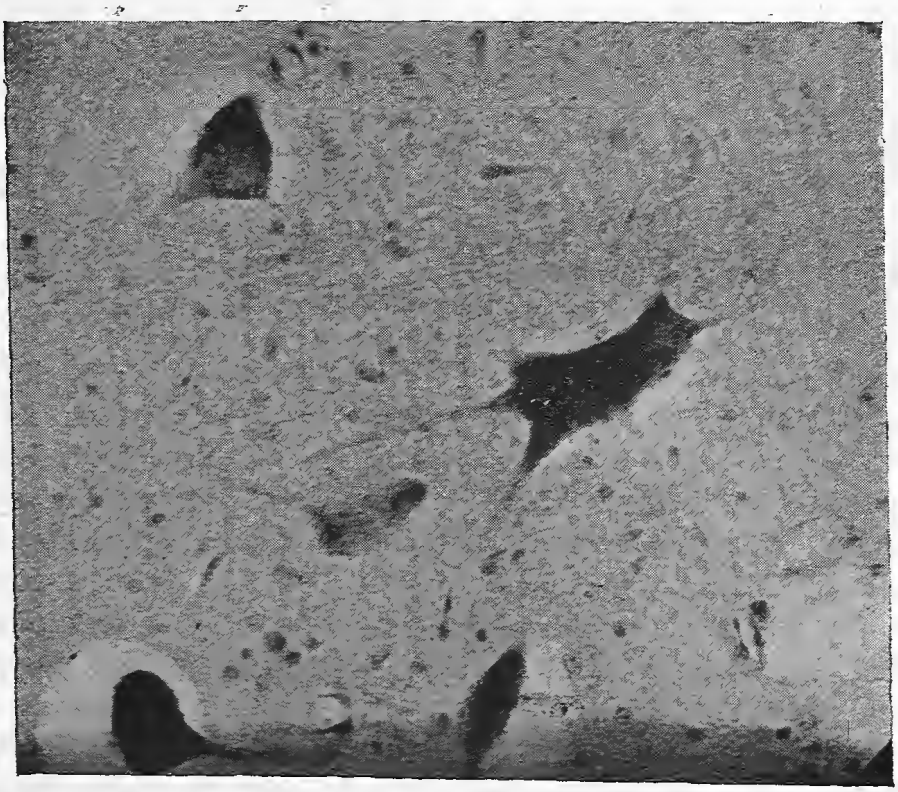


FIG. 8. — H. 50 ans. *Délirium tremens*. Mœlle lombaire (Méthode de Nissl). Microphoto. Diamètre 535. Cellules des cornes antérieures en voie d'atrophie.

Dans aucun cas, nous n'avons pu mettre en évidence des éléments microbiens ou des inclusions cellulaires.

L'*examen histologique des organes* décèle des lésions qui sont en rapport avec l'intoxication alcoolique chronique.

Les lésions du foie sont considérables et consistent en une hépatite scléro-graisseuse. Chez la plupart de nos sujets, la sclérose revêt le type de la cirrhose hypertrophique. Dans un seul cas, les lésions sont celles de la cirrhose atrophique de Laënnec.

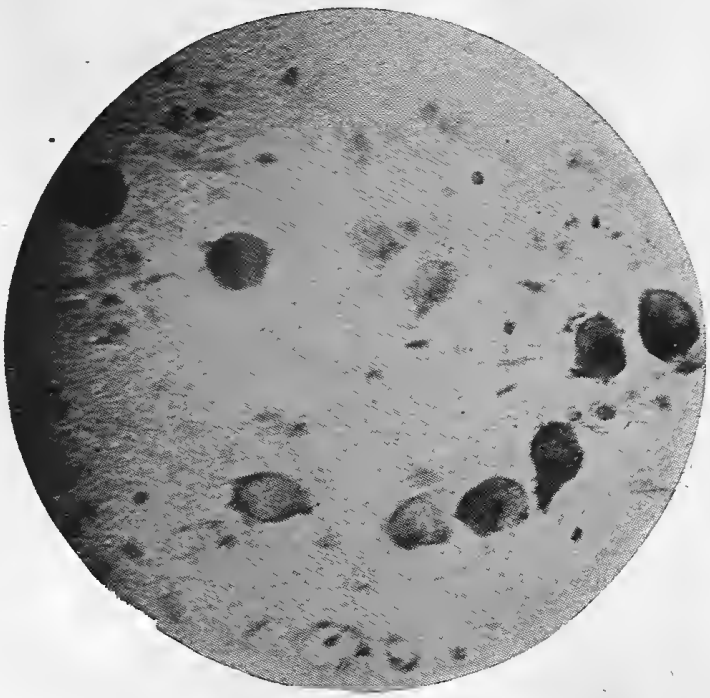


FIG. 9. — H. 50 ans. *Délirium tremens*. Bulbe (Méthode de Nissl). Microphoto. Diamètre 325. Cellules des olives en voie d'atrophie aiguë. Deux cellules ont à peine pris le colorant et vont disparaître sans neuronophagie.

Un seul de nos sujets ne présentait pas de sclérose hépatique, mais le foie était le siège de graves lésions du parenchyme.

Dans l'hépatite scléro-graisseuse alcoolique, les travées fibreuses prédominent toujours au niveau des espaces portes, qui sont le siège d'infiltrations lympho-plasmocytaires, indice de l'activité des lésions. La sclérose est annulaire. Dans une observation, la sclérose est bi-veineuse. Dans la plupart des cas, le tissu réticulé pénètre entre les trabécules hépatiques et les dissocie.

La lésion principale de la cellule hépatique est la dégénérescence graisseuse ; la cellule est transformée en une énorme vésicule adipeuse. Il arrive que les cellules disposées autour de la veine sus-hépatique renferment des grains de pigment sidéro-

sique. A noter parfois la présence de cellules polynucléaires disposées soit isolément, soit en petits groupes (fig. 10). Les cellules de Kuppfer ne paraissent pas tuméfiées.

Il est curieux de noter cette cirrhose latente chez des alcooliques qui, jusqu'au début de leur accès de délirium tremens, ont pu le plus souvent travailler sans présenter de signes d'in-

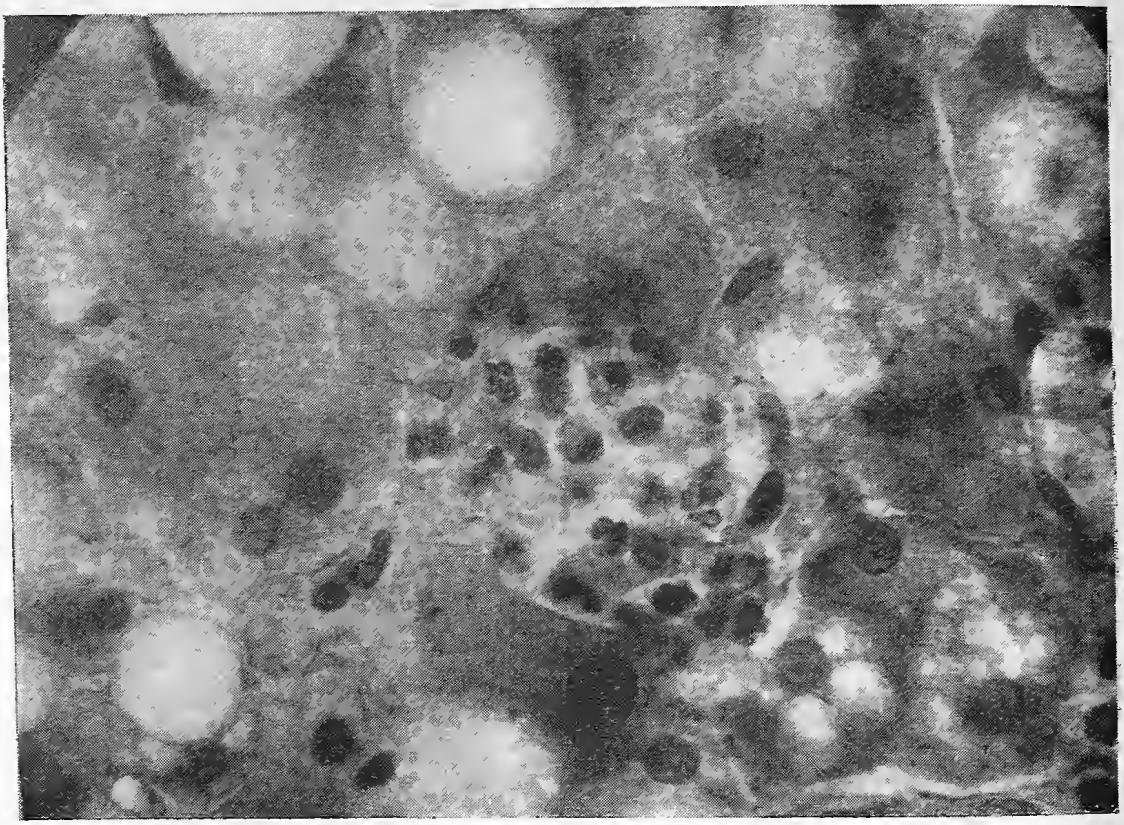


FIG. 10. — H. 50 ans. *Délirium tremens*. Foie. (Méthode de Van Gieson). Microphoto. Diamètre 730. Hépatite scléro graisseuse. Nodules de polynucléaires.

suffisance hépatique grave, sans être atteints d'ictère, d'hémorragies, d'ascite, d'œdème.

On admet actuellement que l'ictère est la conséquence d'une hépatite parenchymateuse, que l'ascite et les œdèmes sont dus à l'association de l'hépatite parenchymateuse et mésenchymateuse (Noël Fiessinger). Comme nous notons ces lésions chez nos sujets, qui cependant n'ont présenté aucun symptôme de cirrhose, on doit admettre qu'il s'écoule une période de latence très longue entre le début anatomique et le début clinique de l'affection hépatique.

Les lésions du foie sont si importantes chez nos malades que

leur seule constatation chez des sujets morts de psychose aiguë doit faire penser, à défaut de renseignements anamnestiques, au délirium tremens.

Les *reins* présentent une légère sclérose diffuse inter-tubulaire et péri-glomérulaire, sans lésions notables des épithéliums. La surcharge sidérosique a toujours été trouvée peu importante. Dans un seul cas, à la sclérose se surajoutaient des lésions récentes de néphrite subaiguë. D'une façon générale les reins sont toujours moins altérés que le foie ; l'alcool est moins nocif pour le parenchyme rénal que pour le foie.

La *rate* dans la plupart des cas ne présente pas de grosses altérations. On ne constate pas d'exagération de son rôle macrophagique et elle est rarement infiltrée de pigment sanguin, quoique souvent congestionnée. Les corpuscules de Malpighi sont parfois moins développés qu'à l'état normal. Comme dans les reins, l'infiltration sidérosique est peu accusée. Chez quelques sujets, on note une légère sclérose. Dans le seul cas où la rate était hypertrophiée (350 gr.), son parenchyme était infiltré de blocs de pigments ocres.

Formes cliniques. — La forme que nous avons pris comme type de description est de beaucoup la plus fréquente. C'est la forme que l'on observe chez l'homme alcoolique, rarement chez la femme, et qui correspond le mieux à la dénomination « délirium tremens ».

Il existe d'autres formes.

A. *Formes suivant le sexe.* — La description que nous avons faite concerne, avons-nous dit, le délirium tremens de l'homme. Chez la femme, cette affection est plus rare.

De juillet 1929 à fin juin 1932, nous trouvons sur 369 femmes alcooliques, 49 cas de délirium tremens, soit 13,3 %. Pour la même période, chez les hommes, les chiffres sont les suivants : 221 cas de délirium tremens sur 1.244 alcooliques, soit 17,7 %.

Mais plus encore que par sa fréquence, la maladie diffère dans les deux sexes par sa gravité. Elle est en général plus bénigne chez la femme ; et chez elle, depuis 5 ans, nous n'avons pas observé un seul décès causé par cette maladie sur plus de 60 cas, tandis que chez l'homme, et en 3 ans seulement, 28 morts ont été observés sur les 221 cas.

Le délire des femmes alcooliques se rapproche souvent plus d'un état anxieux ou d'une confusion hallucinatoire banale que du délirium tremens de l'homme. Cependant, le tremble-

ment, l'onirisme effrayant avec zoopsie, le délire avec préoccupations professionnelles permettent le plus souvent de poser le diagnostic exact. Bien que l'accès soit toujours moins grave, il dure parfois plus longtemps que chez l'homme (4 à 6 jours). D'autre part, il n'est pas rare d'observer, à la suite de l'accès délirant, soit immédiatement, soit après un intervalle libre de 7 à 10 jours, l'apparition d'un syndrome de Korsakoff, qui se constitue rapidement et peut entraîner la mort. L'observation de Joaki et Rondepierre (1), où la mort survint au 17e jour, semble bien rentrer dans ce groupe de faits, où après un accès aigu avec agitation durant quelques jours, il n'y a pas retour au calme et à la lucidité antérieurs. Comme si la lésion des cellules cérébrales et souvent aussi des cellules motrices de la moelle était irréparable et devait irrémédiablement poursuivre son action destructive rapide. Nous n'avons pas observé de fait comparable chez l'homme.

B. *Forme avec torpeur d'emblée.* — Nous avons observé des cas dans lesquels un état confusionnel avec torpeur s'installe progressivement. D'emblée, ces malades qui ne présentent pas de paralysie, ni de troubles des réflexes tendineux, ne peuvent se tenir debout. Ils restent couchés sur le dos, la tête en hyperextension, les yeux grands ouverts, immobiles ou ne faisant que peu de mouvements ; ils présentent parfois de la carphologie. Le tremblement est souvent peu intense.

La température reste normale ou peu élevée.

L'état s'aggrave rapidement. La déglutition devient vite impossible. Un coma prolongé précède la mort qu'accompagne souvent une élévation thermique. L'évolution totale à partir du moment où le malade a dû s'aliter ne dépasse pas 4 à 8 jours. C'est comme s'il y avait dans ces cas, d'ailleurs rares, une sidération brutale de l'ensemble du névraxe. Les malades qui ont présenté cette évolution particulière étaient souvent des sujets jeunes qui avaient fait depuis des années des excès moins de vin que d'apéritifs et de liqueurs à essences. Ils présentaient également, d'habitude, une fragilité cérébrale particulière (hérédité alcoolique ou vésanique, encéphalopathie de l'enfance).

C. *Formes associées.* — Il faut encore distinguer des formes de délirium tremens compliqué, où les symptômes d'une affection grave accompagnent et parfois masquent en partie ceux de

(1) Joaki et J. Rondepierre. — Délire aigu d'origine alcoolique. *Soc. méd.-psych.*, 21 juillet 1932. Ann., p. 197.

l'encéphalite. L'accès survient au cours d'une complication grave de l'insuffisance hépatique, ictère grave, hémorragie abondante souvent d'origine œsophagienne, nasale ou intestinale. L'agitation, quand elle existe, est très courte — quelques heures — puis le malade tombe dans un état de torpeur sans agitation notable. Il n'y a pas de fièvre, parfois même de l'hypothermie. Au moment du décès, la température peut atteindre 40°. La mort survient en 2 à 3 jours. Si le délirium tremens éclate en même temps qu'une infection grave — le plus souvent une pneumonie — il se caractérise par l'intensité de l'agitation et de la fièvre, qui dès le début atteint 40°. Celle-ci se maintient en plateau pendant toute l'évolution ; la mort survient rapidement d'habitude, car il est rare que l'organisme puisse faire les frais de deux affections aussi graves associées.

Pronostic. — Le pronostic de l'accès aigu est, nous l'avons vu, le plus souvent favorable. Du 1er juillet 1929 au 30 juin 1932, nous avons observé 270 cas de délirium tremens dont 221 chez des hommes et 49 chez des femmes. Il n'y eut aucun décès chez ces dernières, du moins pendant la période aiguë de l'accès. Chez les hommes, 28 décès sur 221, soit 12 % environ. Mais dans 12 cas sur 28, il s'agissait de formes compliquées, pneumonie (sept cas), pleurésie purulente (deux), hématémèse (deux), ictère grave (un). C'est donc dans la moitié des cas seulement que l'encéphalite aiguë peut être tenue pour seule responsable du décès.

Séquelles. — Si d'habitude l'accès délirant guérit sans laisser de traces importantes, il arrive que certains malades continuent à admettre comme réels certains thèmes oniriques, et cela pendant plusieurs jours encore. De plus, on connaît toute une gamme de séquelles mentales du délirium tremens allant de l'idée fixe post-onirique (Régis) jusqu'aux délires de persécution durables, désignés sous le nom de délires systématisés alcooliques (Falret, Magnan, Anglade), de psychose hallucinatoire des alcooliques (G. Ballet, Kræpelin), délires plus ou moins bien systématisés, réalisant tantôt un tableau de psychose hallucinatoire chronique, tantôt et plus souvent de délire paranoïde.

Il n'est pas rare d'observer aussi un affaiblissement de l'intelligence et du sens moral, chaque accès délirant diminuant la résistance du cerveau de l'alcoolique. Ces cas sont classés dans les asiles sous le nom de démence alcoolique. Fait particulier, il est exceptionnel de voir l'état mental prendre les caractères d'un syndrome de démence précoce.

Nous ne pouvons insister ici sur ces séquelles, qui ne sont en somme pas bien différentes de toutes celles qui surviennent plus ou moins longtemps après une atteinte inflammatoire et dégénérative du cerveau, quelle qu'en soit la cause (1).

Diagnostic. — Il est facile dans la grande majorité des cas. On reconnaît le délirium à ses symptômes propres. Outre les caractères particuliers de la confusion mentale hallucinatoire, le tremblement, la fièvre, les signes d'imprégnation alcoolique imposeront le diagnostic.

La constatation de troubles hépatiques, tels que, coloration jaunâtre des conjonctives (hypertrophie ou atrophie du foie, douleur provoquée à la pression de la région hépatique) sont assez communs et peuvent aider à préciser le diagnostic ; mais ces signes peuvent faire défaut. Il faut reconnaître que les grands symptômes de la série hépatique sont le plus souvent bien peu accusés malgré les lésions profondes de l'organe constatées à l'examen anatomo-pathologique.

On éliminera facilement l'ivresse délirante que l'on reconnaît aux caractères suivants : elle ne survient pas obligatoirement chez un alcoolique chronique, mais suit presque sans intervalle une ingestion massive de boissons alcooliques. Elle ne dure que quelques heures et se termine par un sommeil profond suivi d'amnésie portant sur la période ébrieuse (Dupré et René Charpentier (2).

Toute confusion d'origine infectieuse ou toxique peut plus ou moins simuler le délirium tremens. On reconnaîtra l'encéphalite psychosique aiguë azotémique primitive à l'absence de tremblement intense, de signes d'imprégnation alcoolique chronique, à l'agitation automatique qui est d'habitude plus incohérente que celle du délirium tremens, aux phénomènes généraux toxi-infectieux plus accusés, à son évolution plus longue, à la courbe particulière de l'urée sanguine, dont on connaît la valeur diagnostique dans ces cas. Dans l'encéphalite psychosique aiguë secondaire, la notion des antécédents (accouchement, intervention chirurgicale, maladies infectieuses) permettra aussi le diagnostic. Enfin, à l'inverse du délirium tremens, l'encéphalite psychosique azotémique est bien plus fréquente chez la femme.

Un accès palustre accompagné de délire peut être d'un diag-

(1) Voir *Thèse de Volstein.* Contr. à l'ét. des syndromes hallucinatoires séquelles d'encéphalites. Lac, Ed., Paris, 1932.

(2) Dupré et René Charpentier. — Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique. *L'Encéphale,* 1906, p. 27.

nostic difficile, en l'absence de la notion d'antécédents paludéens, surtout s'il s'agit, ce qui est fréquent, d'un colonial alcoolisé. La présence de l'hématozoaire dans le sang, l'action de la quinine lèveront les doutes. La ressemblance entre les deux syndromes est cependant assez marquée pour que certains malades, anciens coloniaux, désignent le délirium tremens sous le nom de « paludisme de Bercy ».

La forme confusionnelle de la paralysie générale à évolution aiguë peut prêter également à l'erreur. Les symptômes neurologiques et humoraux indiqueront la méningo-encéphalite syphilitique. Il sera parfois difficile, au début d'une paralysie générale arrosée de faire la part de ce qui appartient à l'intoxication alcoolique et à la méningo-encéphalite syphilitique. La rapide disparition de la confusion et du délire onirique sera en faveur de leur étiologie éthylique.

Parmi les toxiques, citons l'iode, l'iodoforme, la quinine, l'éther, l'atropine, le datura, la mandragore, dont l'action à hautes doses aurait pu simuler, d'après certains auteurs, le délirium tremens. Le chloral mérite une mention particulière. Au cours d'une intoxication chronique par ce médicament, on pourrait voir apparaître, soit spontanément, soit à l'occasion d'une cure de désintoxication, un accès délirant comparable à celui des alcooliques (G. Ballet, Antheaume et Parrot) (1). Mais les troubles sensoriels et l'agitation y seraient moins marqués et moins durables. L'emploi du chloral étant devenu plus rare, ces cas sont actuellement exceptionnels (2).

Parmi les intoxications professionnelles, c'est au cours de l'intoxication saturnine que des accès confusionnels de type délirium tremens peuvent le plus souvent s'observer, surtout qu'il s'agit souvent de saturnins alcooliques. De plus, il n'est pas facile de distinguer le rôle joué par l'insuffisance hépato-rénale (3).

Les intoxications endogènes, urémie (Vigouroux), insuffisance hépatique (Klippel) pourraient provoquer des troubles confusionnels simulant le délirium tremens des alcooliques.

Certaines formes rares de l'épilepsie psychique, certaines

(1) A. Antheaume et L. Parrot. — Le delirium tremens chloralique et son traitement. *L'Encéphale*, 1906, p. 19.

(2) Voir cependant E. Toulouse, R. Dupouy et J. Picard. — Del. trem. d'origine thérapeutique... *Soc. de Psychiatrie*, février 1928, *Encéphale*, p. 248.

(3) E. Toulouse et A. Courtois. — Un cas « d'encéphalopathie saturnine ». *Soc. Cl. de Méd. Ment.*, juin 1930.

confusions post paroxystiques peuvent évoluer suivant le type du délire aigu fébrile ; on s'appuiera, pour le diagnostic, sur la notion de crises convulsives antérieures, la brusque apparition et disparition du délire, l'agitation plus incohérente, l'amnésie consécutive plus totale que dans le délirium tremens, sur l'absence des signes d'alcoolisme chronique, en particulier des troubles hépatiques. Mais le diagnostic devient impossible chez un épileptique très alcoolisé ou chez un alcoolique atteint d'épilepsie toxique.

On peut voir survenir chez certains déments séniles une agitation confusionnelle à prédominance nocturne, qui peut rappeler le délirium tremens. Mais la désorientation plus grande, surtout dans le temps, l'absence de fièvre, les symptômes de déchéance sénile rendront en général le diagnostic facile.

Enfin, le diagnostic de délirium tremens sera complété par la recherche des causes occasionnelles possibles qui l'ont déclanché et que nous avons signalées plus haut.

Pathogénie. — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques ou délirium tremens est une encéphalite diffuse, non suppurée, à la fois inflammatoire et dégénérative sans aucune tendance à la démyélinisation ; elle survient au cours de l'intoxication alcoolique chronique.

La pathogénie de telles lésions est actuellement difficile à établir. Il nous semble que l'on peut tout d'abord éliminer l'action directe de l'alcool sur l'encéphale, comme facteur essentiel et constant. Le délirium tremens n'apparaît pas toujours à une période où l'intoxication alcoolique est à son maximum ; il survient parfois chez des sujets qui sont privés de toxique depuis plusieurs jours ou au cours même d'une cure de désintoxication (forme retardée). Les recherches sur la présence de l'alcool dans l'organisme au cours du délirium tremens confirment cette constatation clinique. Magnan (1), qui a recherché l'alcool dans les humeurs et les organes de sujets morts de délirium tremens, en retrouve dans le cerveau et le foie dans un cas où la mort survint trois jours après les derniers excès d'alcool, il n'en trouve plus dans un autre cas où le décès avait eu lieu le 7e jour.

Demole (2), qui a repris la question en 1914, arrive aux conclusions suivantes :

« Au début du délirium tremens, on trouve de l'alcool dans l'urine, le sang, le liquide céphalo-rachidien, la salive, l'haleine

(1) Magnan. — *De l'Alcoolisme.* A. Delahaye. Ed. 1874.
(2) Demole. — Alcool et délirium tremens. *Encéphale,* 1914, p. 6-18.

des délirants, s'ils ont absorbé de l'alcool en quantité suffisante au cours des 24 heures précédentes. L'élimination de l'alcool a lieu dans les 24 heures, comme chez l'homme normal. Bon nombre de délires se déclarent sans trace d'alcool dans l'organisme. Le délire est indépendant de l'ingestion immédiate d'alcool. »

Dans 8 cas, nous avons pu faire pratiquer un dosage de l'alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien le jour de l'entrée des délirants dans le service. Quatre fois le taux de l'alcool dans le sang ne dépassait pas 1 gr. ; dans les 4 autres cas (1,25, 1,50, 1,75, 1,75), les malades venaient d'absorber, quelques heures avant l'entrée, une certaine quantité d'alcool.

Chez tous les sujets, le liquide céphalo-rachidien contenait moins d'alcool que le sang ; deux fois seulement le taux dépasse 1 gr. (1,12 et 1,25) (1).

Rappelons, à titre comparatif, que les médecins-légistes ne concluent à une ivresse certaine et grave que si le taux de l'alcool du sang atteint 4 gr. d'alcool pour 1.000 (2).

L'apparition du délirium tremens au cours d'une maladie intercurrente, à la suite d'un traumatisme, d'une émotion ou de surmenage physique, à un moment où le sujet ne fait plus d'excès, montre bien que, dans la pathogénie de cette affection, il y a des facteurs déterminants autres que l'action immédiate et exclusive de l'alcool.

Dans l'encéphalite aiguë des alcooliques, il s'agit d'un mode réactionnel du tissu encéphalique, chroniquement altéré par l'alcool, les réactions consistant en un processus inflammatoire, en une mobilisation des éléments de défense (lymphocytes, corps granuleux, tuméfactions des cellules endothéliales vasculaires) et aussi en un processus dégénératif des éléments nobles.

Or, pour certains auteurs, les toxiques comme les toxines produisent des lésions dégénératives, mais sont incapables de produire une maladie cérébrale inflammatoire. Et lorsque on constate de telles lésions dans le cerveau, la cause en est un virus, que l'agent soit ou non identifié.

On ne saurait souscrire sans réserve à une telle interprétation. Ne voyons-nous pas des lésions inflammatoires cérébrales causées par des traumatismes cérébraux sans lésions craniennes, par conséquent sans infections surajoutées (inflammation aseptique)

(1) Les dosages ont été exécutés dans le laboratoire de chimie de l'Hôp. Henri-Rousselle (M. Delaville).

(2) Voir dosage de l'alcool dans le sang et diagnostic de l'ivresse. Vielledent, *Ann. Méd. légale,* 1926, p. 215.

ou par certaines intoxications, en particulier dans l'intoxication oxycarbonée.

On peut d'abord se demander pourquoi des poisons et des toxines ne pourraient pas provoquer des lésions cérébrales inflammatoires alors qu'ils en déterminent dans d'autres organes, en particulier dans le foie.

D'ailleurs, de nombreux anatomo-pathologistes admettent aujourd'hui que toxiques, virus ou toxines peuvent donner lieu aux mêmes syndromes et déterminer dans l'encéphale des lésions analogues.

Dans l'hypothèse d'un processus infectieux, on pourrait supposer qu'il est simplement associé, comme la diphtérie dans la scarlatine, bien que la clinique ne permette pas de le déceler. Ou bien l'infection serait causée par des agents neurotropes encore indéterminés et activés par des toxines gastro-intestinales, pneumococciques, ou d'origine rénale.

Sans doute, la condition favorable est l'état de l'encéphale, sensibilisé par l'intoxication alcoolique chronique qui touche aussi le foie (d'après Klippel, qui a proposé aussi l'hypothèse d'une infection aiguë secondaire), le rein, la nutrition générale. Mais la preuve d'un mécanisme infectieux, notamment d'une infection latente, n'a pas été donnée.

En résumé, la clinique et l'étude anatomique permettent de conclure que la psychose aiguë des alcooliques est une encéphalite inflammatoire. Mais il faut reconnaître que les données de l'anatomie pathologique ne sont pas spécifiques. Le même aspect des lésions n'implique pas une étiologie ni même une pathogénie semblable, car le tissu cérébral peut réagir de la même façon à des causes diverses.

Toutefois, les lésions présentent quelques différences avec celles des encéphalites psychosiques aiguës qui paraissent de nature infectieuse. L'absence de réactions périvasculaires dans les méninges, l'absence de nodules inflammatoires, la prédominance des lésions cellulaires dégénératives sur l'infiltration périvasculaire sous-corticale semble plus en faveur de l'action d'un agent irritatif humoral que d'un virus.

Traitement. — Il devra réaliser les trois conditions suivantes :

— Suppression de toute boisson alcoolique ;
— Combattre l'élévation de la température centrale ;
— Favoriser les moyens de lutte de l'organisme.

L'alcoolique sera isolé dans une chambre bien éclairée et aérée, où il pourra aller et venir librement. Tous moyens de contention doivent être prohibés (Magnan).

Si l'agitation est très intense, on aura recours aux sédatifs habituels : KBr, barbituriques, Somnifène, extrait d'opium, Sédol. On s'abstiendra de chloral à moins que l'état du cœur soit satisfaisant.

On profitera d'un moment de calme pour administrer un lavement purgatif frais, de 1 à 2 litres, qui réalise un véritable lavage de l'intestin.

Les cholagogues, les purgatifs salins sont également à conseiller pour leur rôle d'excitant du foie et de désinfection intestinale.

Les toni-cardiaques seront employés dès le début de l'accès.

La strychnine préconisée par Luton a été conseillée à nouveau récemment par Pagniez.

Si la fièvre s'élève au cours d'une agitation intense, on donnera au malade un bain frais à 36°, avec application de glace sur la tête, et on l'y maintiendra pendant 1/2 heure au plus. Le bain pourra être remplacé par le drap mouillé.

Comme régime alimentaire, pendant toute la durée de la période fébrile, le malade sera mis au régime lacté et on lui fera absorber de la limonade et des tisanes diurétiques. Le régime lacto-végétarien sera ensuite continué pendant longtemps en raison des lésions hépatiques.

EPILEPSIE ET TROUBLES DE LA PENSÉE INTÉRIEURE.

La « pensée parlée » et le syndrome paranoïde d'origine comitiale

PAR

H. BARUK (1)

Avant d'entrer dans le fond du sujet indiqué par le titre de cette conférence, il n'est pas inutile, je crois, de définir tout d'abord ce que l'on entend par la pensée intérieure. Aussi, est-il nécessaire, avant d'aborder l'étude de la pathologie, de faire appel à quelques notions psychologiques normales, et à quelques données simples de l'introspection.

Au premier abord, il semble que ce soit un pléonasme que de parler de pensée intérieure. Toute pensée n'est-elle pas, par définition, subjective, formée dans l'intimité de la personnalité ? Sans doute, mais il importe toutefois de distinguer à ce sujet des types de pensée quelque peu différents. La pensée qui doit être extériorisée par exemple n'a pas la même structure que la pensée intime de la méditation ou de la rêverie. Nous n'exprimons en effet, au dehors, qu'une toute petite partie de notre fonds psychique : ce sont généralement des paroles soigneusement sélectionnées, bien choisies, formulées dans un but déterminé ; ces paroles s'enchaînent d'une manière déterminée, précise, cohérente. Elles représentent une pensée essentiellement claire, bien fortement synthétisée, et avant tout adaptée à un but. C'est la pensée d'expression, pensée active.

Mais, à côté de ces paroles que nous prononçons en vue de l'action dans la conversation, dans la vie de tous les jours, il existe toute la vaste pensée intérieure qui se déroule au cours des

(1) Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne, dans le service du Professeur Claude, durant l'année scolaire 1931-1932.

rêveries, dans les périodes de délassement, lorsque nous laissons vagabonder notre esprit. A ce moment, il se produit un afflux de pensées qui s'enchaînent généralement assez mal, qui défilent d'une façon lâche, et parfois sans grand lien apparent : ce sont des souvenirs évoqués au hasard des associations, des projets, des évocations floues remplies souvent d'une très forte charge affective, des blocs idéiques plus ou moins obscurs, parfois même à demi-subconscients. Une telle pensée est donc essentiellement très peu tendue, assez peu cohérente et sans synthèse bien nette. C'est ce dernier type de pensée que nous désignons sous le nom de « *pensée intérieure* ».

A l'état normal, ces deux types de pensée s'équilibrent en général de façon harmonieuse : la pensée intérieure s'intensifie de temps en temps, mais elle *reste toujours soumise à la volonté du sujet ;* celui-ci peut ainsi, par moments, relâcher en quelque sorte sa « tension psychologique » suivant l'expression de Janet, et laisser vagabonder son esprit au gré de ses associations. Mais il reste libre notamment au moment de l'action, de reprendre en quelque sorte la synthèse en main, et de passer à son gré de la pensée libre et obscure, à la pensée claire et dirigée.

Par contre, il n'en est plus du tout de même dans beaucoup d'états pathologiques, et en particulier dans le vaste terrain des névroses et des psychoses. Lorsqu'on parcourt en effet ce vaste domaine de la pathologie, encore si obscur à bien des points de vue, on constate qu'une grande partie des symptômes est liée à la rupture d'équilibre entre la pensée intérieure, et la pensée dirigée.

La pensée intérieure devient alors incoercible, et domine plus ou moins la vie psychique en lui imposant son caractère anarchique, incohérent, touffus, exubérant, sans possibilité de sélection, ni de synthèse adaptée.

Cette incoercibilité de la pensée intérieure s'observe dans la plupart des névroses et des psychoses, depuis la psychasthénie jusqu'à la schizophrénie, mais à des degrés extrêmement différents. Le degré le plus léger est constitué par ce qu'on appelle « *le mentisme* ». Il s'agit là d'un état presque physiologique que l'on observe dans la fatigue simple : les idées trottent dans la tête, parfois d'une façon un peu obsédante, des souvenirs, des projets défilent plus ou moins rapidement, gênant plus ou moins le sommeil.

Dans le mentisme, le sujet reconnaît bien sa propre pensée ; il a seulement l'impression qu'elle est un peu exaltée dans son rythme, dans son déroulement.

A un degré de plus apparaît un déroulement d'idées absolument incoercible, et formé de pensées plus ou moins obscures, plus ou moins détachées de la pensée consciente, et étrangères en apparence à la personnalité. Je dis « en apparence » parce que l'on peut parfois reconnaître dans ce flot d'idées, sous des aspects symboliques et complexes, la pensée intérieure, profonde, déformée, camouflée et méconnaissable pour le sujet lui-même. Ce sont là ces phénomènes décrits sous le nom d'hallucinations psychiques, et étudiés récemment sous le nom d'automatisme mental par M. de Clérambault (1), phénomènes dont l'importance est considérable dans la symptomatologie des psychoses.

A un degré encore plus marqué, la pensée intérieure devient non seulement exubérante, mais ne peut plus être contenue. Elle s'échappe au dehors toute seule. Le sujet a l'impression qu'il lui faut exprimer tout ce qu'il pense. Au commencement, le malade se rend compte de ce trouble qu'il ne peut contrôler et en souffre: « Il me semble, disent certains malades, que toutes mes pensées je les dis sans le vouloir, sans m'en apercevoir... », mais, lorsque la maladie progresse, la critique du sujet s'émousse et on voit survenir alors ce qu'on pourrait appeler : *le syndrome de la pensée parlée :* à ce moment toute la pensée intérieure consciente ou subconsciente est projetée au dehors à pleine bouche avec tous ses caractères d'incohérence. C'est un flot de paroles dans lequel on ne retrouve d'abord aucun enchaînement logique, mais qui permettent souvent, lorsqu'on les analyse, de reconnaître une série d'îlots plus ou moins déformés, mais dont on peut retrouver l'origine dans la personnalité antérieure du sujet. Ce syndrome est développé au maximum dans les *psychoses paranoïdes :* c'est alors la sortie complète de la pensée intérieure, incohérente et exubérante.

Bien entendu, le développement de l'incoercibilité de la pensée intérieure joint à l'affaiblissement des possibilités de synthèse, retentissent d'une façon considérable sur le comportement du malade : celui-ci se trouve bientôt dans l'impossibilité de toute activité adaptée, il ne peut plus que subir les caprices d'une pensée incoercible et automatique. Aussi se trouve-t-il par là-même séparé du monde extérieur, replié sur lui-même. C'est là « l'autisme », symptôme qui a donné lieu à tant d'études au cours des psychoses et plus particulièrement de la schizophrénie.

(1) Dans le syndrome de de Clérambault, le contenu de l'automatisme mental est d'ailleurs plus impersonnel, plus « neutre », suivant l'expression de l'auteur, que dans les cas auxquels nous faisons allusion en ce moment.

Les quelques notions psychologiques que nous venons d'exposer vont nous permettre maintenant d'aborder le délicat problème de la nature et de la pathogénie des troubles de la pensée intérieure dans les psychoses.

Comme je viens de vous le dire, les études psychologiques modernes, et plus particulièrement les nombreuses recherches relatives à la schizophrénie, ont mis au premier plan symptomatique non seulement l'autisme, mais encore le passage dans la psychose de « complexes psychologiques » se rattachant à la vie intime, à la pensée intérieure du sujet. Ces complexes ont été particulièrement explorés par les études psychanalytiques.

Mais, les travaux psychologiques et psychanalytiques auxquels nous venons de faire allusion, ne se sont pas limités à l'analyse psychologique du contenu de la psychose, et de ses manifestations plus ou moins symboliques. On a voulu aller beaucoup plus loin, et attribuer aux troubles de la pensée intérieure non seulement une valeur séméiologique, *mais encore une valeur étiologique*. Cette sortie au dehors des pensées intimes serait due uniquement au fait que le malade les a refoulées ; cette incoercibilité de la pensée intérieure serait la conséquence de mauvaises habitudes prises par le malade. Celui-ci, se repliant sur lui-même, afin de ruminer en quelque sorte en toute tranquillité les conflexes affectifs qui le préoccupent.

Ainsi conçues, les psychoses reconnaîtraient donc une origine exclusivement psychologique et indépendante en quelque sorte des conditions organiques ou physiologiques. Ce caractère « *psychogénique* », pour employer l'expression à la mode, c'est-à-dire la réalisation volontaire ou pseudo-volontaire de la maladie, l'intrication étroite des troubles avec les pensées refoulées, tous ces signes permettraient ainsi de différencier d'une façon absolue, non seulement sur le terrain clinique, mais encore étiologique, les psychoses des affections organiques, les premières étant créées par le psychisme, les secondes restant totalement en dehors de toute manifestation psychologique.

Cette distinction si absolue est-elle justifiée et quelle est la valeur des critères sur laquelle elle se fonde ? Est-on bien sûr notamment que la présence d'un syndrome psychologique avec extériorisation de la pensée intérieure permette de conclure *ipso facto* à une étiologie psychogénique ? Des affections organiques ne sont-elles pas susceptibles de se traduire par des perturbations psychologiques, même très fines ?

Pour répondre à ces problèmes, l'étude de l'épilepsie nous paraît du plus haut intérêt.

Je ne reviendrai pas sur les symptômes classiques de l'épilepsie, que vous retrouverez dans tous les traités : à la suite d'une crise convulsive, le malade est comme foudroyé, il tombe, il perd complètement connaissance ; il n'y a plus de place pour aucun phénomène psychologique, le psychisme est supprimé, suspendu totalement, au point que le malade, revenu à lui, ne conserve aucun souvenir de la crise.

Les équivalents psychiques de l'épilepsie, d'autre part, bien que se traduisant par des manifestations d'allure coordonnée et complexes, présentent, du moins dans leurs formes habituelles, les mêmes caractères : même s'il s'agit de gestes, de fugues, d'automatisme ambulatoire, ces divers troubles ne correspondent à aucune idée consciente, et sont également totalement amnésiques.

Si donc nous nous en tenons aux idées classiques, l'épilepsie est une maladie qui peut produire les troubles moteurs les plus variés et les plus complexes, mais elle serait incapable de déterminer la moindre modification psychologique consciente.

Ce caractère de l'épilepsie est-il aussi absolu que le laissent penser les descriptions classiques ? Nous ne le croyons pas. Le but de cette leçon est justement de vous montrer certaines formes de la maladie épileptique, dans lesquelles on peut observer des troubles psychologiques extrêmement fins, analogues dans leur aspect à ceux des psychoses, et cependant étroitement intriqués avec les paroxysmes comitiaux. Je vais vous en donner quelques exemples concrets.

A) L'idée obsédante épileptique

Dans un premier groupe de faits, ces troubles psychologiques s'observent dans l'*aura* de la crise épileptique. Une variété de ces auras est particulièrement intéressante, c'est celle qui se traduit par une idée obsédante. En pareil cas, la crise s'annonce par l'apparition brusque d'une idée qui s'impose au malade, et est accompagnée d'une sensation particulière de frayeur, puis survient la crise convulsive. C'est d'ailleurs très souvent la même idée qui revient, mais, fait extrêmement curieux, son apparition est si brève, si fugace dans le champ de la conscience que le malade ne peut ensuite retrouver le contenu de cette idée.

B) Le mentisme et le déroulement incoercible du courant de la pensée

Voilà donc un phénomène épileptique nettement amnésique qui ne se différencie guère des phénomènes classiques : néan-

moins, il comporte déjà un élément psychologique simple. A un degré de plus, nous allons rencontrer le déroulement incoercible de la pensée et le mentisme.

En voici un exemple chez une jeune femme de 31 ans, fort intelligente, que j'ai eu l'occasion d'observer.

Il y a trois ans, peu avant son mariage, pendant les fiançailles, à la suite de surmenage et d'une période de grande fatigue, cette malade fait une première crise. Un matin, son beau-frère entend un cri, ou plutôt comme une sorte de chant, on entre dans sa chambre : on la trouve sans connaissance sur le parquet, avec morsure de la langue et incontinence d'urine. On pense à une simple syncope. Elle revient vite à elle et sort se promener l'après-midi, en ne conservant aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Une deuxième crise survient au mois de juillet dernier. La jeune femme est dans sa chambre. On entend un chant, comme dans la première crise. La domestique qui survient l'aperçoit comme si elle cherchait quelque chose sous le lit et bientôt la malade tombe sans connaissance, toujours avec morsure de la langue et incontinence d'urine. La crise passée, elle n'en garde aucun souvenir et part en vacances le lendemain.

La troisième crise survient au milieu du mois d'août, en vacances, précédée toujours du même chant et d'une crise d'automatisme ambulatoire ; la malade se lève et à moitié habillée descend l'escalier de l'hôtel ; elle est horriblement pâle et ne répond pas aux questions qui lui sont adressées. Après une crise de larmes elle revient à elle, mais reste encore obnubilée. « Où sommes-nous ? » demande-t-elle. — « Tu es en vacances. » — « Qu'est-ce que ça, les vacances, vacances... » Et elle continue à répéter ces mots. On a constaté une fois de plus la morsure de la langue. Après la crise, la malade est incapable de se souvenir de ce qui s'est passé.

Il ne peut donc y avoir aucun doute sur la nature épileptique de ces crises : elles s'accompagnent de chute, de perte de connaissance, de morsure de la langue, et d'incontinence d'urine.

La quatrième crise date d'il y a quelques jours, accompagnée du même chant précédant la chute.

Or, la malade sent toujours venir la crise de la même façon : elle sent d'abord un malaise de la tête, *une sorte de vertige « comme les chevaux de bois »*, dit-elle. *Puis les pensées se succèdent avec une rapidité de plus en plus grande, c'est une sarabande d'idées ; bientôt ces idées défilent si vite qu'elle ne peut plus les suivre tant leur déroulement est violent ; après quoi elle ne se rend plus compte de rien.* C'est alors la perte de connaissance et la crise syncopale ou convulsive.

C) L'hallucination psychique

A côté du mentisme, on peut observer, dans les prodromes ou même au cours des paroxysmes épileptiques, des troubles plus accusés réalisant le tableau de l'automatisme mental ou de l'hallucination psychique.

Voici, par exemple, le cas d'un malade, que j'ai observé avec M. Tinel (1), qui présentait des crises d'épilepsie symptomatiques d'une tumeur cérébrale. Certaines de ces crises prenaient une forme nettement psychologique et s'accompagnaient d'une véritable hallucination psychique, avec même un *sentiment d'influence*, un sentiment de possession transitoire : « *C'est, par moments*, disait-il, *comme une voix intérieure, alors c'est comme si quelqu'un était entré intérieurement en moi et me causait dans la tête.* » — « *Est-ce comme lorsqu'on vous parle ?* » — « *Non, c'est intérieur, c'est comme si j'avais quelqu'un en moi. C'est drôle. Ça fait cet effet-là. Je voyais clair, mais j'étais perdu... je perdais la tête. C'était l'affolement.* » — « *Etait-ce une pensée qui vous venait à ces moments-là ?* » — « *Non, c'était une parole, c'était comme si quelqu'un me causait en paroles... Seulement c'était intérieurement, ça me venait intérieurement du crâne, de là (il montre la région occipitale), comme une pensée, oui, mais comme une pensée parlée, comme une parole qui raisonnait aussi dans cette oreille-là (l'oreille gauche).* »

Ainsi donc il s'agit là d'une pensée intérieure, qui arrive dans la tête et donne au malade l'impression de la présence de quelqu'un en lui qui lui parlerait : c'est bien là le phénomène de l'hallucination psychique, tel qu'il a été décrit dans les psychoses.

Fait particulier, ce phénomène toujours paroxystique survenait presque toujours au moment des paroxysmes de céphalée et des poussées d'hypertension intra-cranienne. « A ce moment-là, dit le malade, je souffre, j'ai une terrible impression de congestion à la tête... Je n'entends plus rien. Je vois peut-être bien, mais je ne me rends compte de rien, tout est vague... » Et lorsque la crise est finie, il ajoute : « C'est alors comme si je me réveillais. Sitôt que je suis réveillé de cela, je me rends bien compte que c'était un moment de folie, que, bien entendu, je ne pouvais avoir personne en moi-même. »

Voilà donc un fait intéressant où des poussées d'hypertension intra-cranienne s'accompagnent de troubles de la pensée intérieure, et d'hallucinations psychiques : ici donc, les phénomènes psychologiques sont étroitement intriqués avec les signes de souffrance cérébrale.

(1) Tinel et Baruk. — Tumeur cérébrale et trouble du courant de la pensée. *Annales médico-psychol.*, 1931, mars, n° 3.

D'ailleurs, le malade ayant subi une trépanation décompressive, les poussées d'hallucinations psychiques disparurent en même temps que s'atténuait l'hypertension intra-cranienne.

On voit donc dans cette observation une affection organique du cerveau donner lieu à des troubles psychologiques analogues à ceux des psychoses, et accompagnés même de sentiment d'influence. Tout au plus peut-on noter comme différence que ces troubles n'ont pas abouti au délire. Mais il existe aussi des cas de syndrome d'influence sans délire, et d'ailleurs il faut noter qu'ici les troubles restaient très courts, essentiellement paroxystiques. S'ils s'étaient prolongés pendant des mois, comme cela a lieu dans les psychoses, qui sait si le malade ne leur aurait pas cherché une explication délirante ?

D) Le syndrome de la pensée parlée

Faisant un pas de plus, j'arrive au *syndrome de la pensée parlée,* si fréquent dans les névroses et les psychoses et dont j'ai observé de nombreux cas, soit dans la psychasthénie, soit surtout dans la schizophrénie. Au degré le plus léger, le trouble reste subjectif : le malade a seulement l'impression que tout ce qu'il pense va être exprimé automatiquement, alors qu'il ne prononce aucune parole. Ce trouble est loin d'être rare dans la psychasthénie et les obsessions comme j'en ai rapporté des exemples (1), mais il peut être également déterminé par le processus épileptique.

Voici, à titre d'exemple, l'observation d'une jeune femme de 22 ans, soignée par notre ami le Dr Drevet, et qui présentait, depuis plus d'un an, des crises épileptiques typiques. Elle a été soignée par le rutonal ; les crises se sont amendées peu à peu, mais en se transformant : « Maintenant, dit-elle, je sens les crises, je *parle dans mes crises, mais c'est en moi-même que je parle. On ne m'entend pas parler. Je dis, par exemple, « Oui, tu vois, jamais je ne guérirais, ça ne fait rien les médicaments ». Mais c'est en moi-même et alors je me rappelle. Tout ça a lieu en même temps ; la crise vient, et puis au moment où je me réveille, je cause.* »

C'est là encore un cas caractéristique. Durant la crise, la malade n'a que sa pensée intérieure ; elle s'entretient avec elle-même des choses du fin fond de sa pensée, comme on le fait au

(1) H. Baruk. — Les obsessions. Introduction à l'étude physiologique des troubles du courant de la pensée. *Bulletin médical,* 3 oct. 1931.

cours d'une rêverie ; elle en est bien consciente, mais elle ne peut faire autrement et *elle est persuadée que cette conversation intérieure de son esprit se déroule à l'extérieur.* C'est ainsi qu'elle dit à son mari : « N'est-ce pas que j'ai parlé ? » Il n'y a là qu'une crainte de l'extériorisation automatique de sa pensée ; en fait, elle n'a pas prononcé un mot.

E) Syndromes paranoïdes épileptiques

A un degré de plus, la pensée intérieure, qui marche seule, peut s'exprimer automatiquement et de façon irrésistible ; c'est alors le syndrome de la pensée parlée avec son plein développement.

Or, en psychiatrie, ce syndrome présente son développement maximum dans les psychoses paranoïdes. Il s'agit ici de malades qui, souvent, parlent beaucoup et de façon très peu cohérente. On a, avec eux, l'impression d'une salade de mots, d'idées, de pensées qui s'enchaînent mal et paraissent incompréhensibles. Mais si l'on étudie ces malades de plus près, si l'on recueille avec soin leurs paroles, si l'on se renseigne sur leur personnalité en explorant leur fonds psychologique, on constate que ces paroles ont souvent en réalité un sens. Elles se rapportent à des souvenirs, à des conflits affectifs plus ou moins oubliés, à des projets, etc. ; on y retrouve *toute la pensée intérieure profonde des sujets,* leurs rêveries, leurs tendances, tout cela apparaissant pêle-mêle.

Eh bien ! cette psychose paranoïde, si curieuse, et que la plupart des auteurs considèrent comme relevant de causes purement psychogéniques, l'épilepsie peut la réaliser exactement. Je dis « peut la réaliser », car dans les observations que je vais vous rapporter maintenant, le trouble paranoïde de la pensée apparaît d'une façon très nette comme la résultante du paroxysme épileptique.

Voici d'abord l'observation d'une malade que j'ai observée à l'asile de Clermont de l'Oise, Mlle Co... Cette malade, âgée d'une quarantaine d'années, présente des crises d'épilepsie depuis l'âge de 17 ans. Jusqu'à ce moment, elle a eu une enfance sensiblement normale ; toutefois elle était nerveuse, elle apprenait difficilement à l'école, mais elle était très enjouée. A 17 ans, survient sa première crise d'épilepsie qui, d'emblée, est caractéristique : elle tombe raide sur le sol, elle est toute pâle, elle paraissait morte, nous dit son frère. Depuis, elle a eu des crises analogues, avec chute brutale ; elle se blesse même parfois en tombant ; une fois elle est tombée la figure dans le feu.

Les crises ont continué à intervalles variables, mais elles survien-

nent en général au moment des règles ; leur début a d'ailleurs coïncidé avec la puberté. Ces crises épileptiques ont ainsi continué, sans autres troubles, durant une dizaine d'années.

Vers l'âge de 27 ans, à côté des crises convulsives apparaissent des troubles psychiques : périodes d'agitation, puis par moments la malade exprimait des idées peu cohérentes. Peu à peu ces troubles psychiques s'accentuèrent de plus en plus et finirent par nécessiter l'internement. La malade fut d'abord placée à Epinay, dans une maison de santé, puis internée à Sainte-Anne, et enfin transférée à l'asile de Clermont-de-l'Oise où je l'ai suivie.

Lorsqu'on observe cette malade, on constate tout d'abord, qu'elle présente toujours des *crises d'épilepsie* très nettes, avec chute, morsures de la langue, convulsions, émission involontaire d'urine. Elle présente, en outre, des *absences :* brusquement elle devient pâle, reste immobile durant quelques secondes.

Mais à côté de ces crises épileptiques et de ces absences, on note bientôt, lorsqu'on examine la malade d'un peu plus près, l'existence de troubles psychiques. Ces troubles doivent être étudiés, d'une part, dans les périodes qui s'étendent en dehors des crises, d'autre part, au moment ou dans les prodromes des crises convulsives.

En dehors des périodes de crises, la malade se comporte assez bien au point de vue mental ; elle s'exprime nettement, répond correctement aux questions ; tout au plus la pensée n'est-elle pas suivie de façon très rigoureuse, comme le montrent les détails suivants de mes premiers examens.

Au cours de mes premiers entretiens, Mlle Co... me raconte l'histoire de sa maladie, avec les dates précises ; elle décrit ensuite les troubles qu'elle ressent au moment des crises. Il faut, dit-elle, distinguer les grandes crises, et les autres malaises, c'est-à-dire les absences qu'elle désigne sous le nom de « pertes de cœur ».

« Quand j'ai la vraie crise, dit-elle, je ne sens rien, je ne m'en aperçois qu'après, en constatant que je me suis mordu la langue, sans quoi je ne saurais pas que j'ai eu la crise ».

Ceci est classique : la crise d'épilepsie s'accompagne d'une amnésie totale.

Elle me parle ensuite de ses autres malaises, ce qu'elle appelle « *des pertes de cœur* », en employant une de ces expressions imagées, comme en ont les paranoïdes désignant ainsi les absences.

« A ces moments-là, dit-elle, je ressens comme un *changement brusque de la nature, de l'intelligence, de la sensualité. Ça fait un tout.* »

— En quoi consiste ce changement ?

— C'est difficile, je ne pourrais pas vous le dire. C'est pour cela que j'étudie, que j'observe.

— Pourquoi est-ce si difficile à définir ?

— *C'est parce que c'est très fort et très étranger.*

Notez ces expressions quelque peu symboliques comme en ont les paranoïdes ; mais on comprend très bien sous ces termes figurés, les sensations que la malade essaie de décrire : elle veut dire par là qu'elle éprouve quelque chose de bizarre, d'indéfinissable qui lui donne l'impression d'une manifestation étrangère à elle-même. A la suite d'une nouvelle question, elle précise davantage :

— C'est étrange, répond-elle *on dirait que ça ne vient pas de moi ; j'ai l'impression de quelque chose qui s'enfonce en moi.* »

Vous retrouvez là, et j'insiste sur ce point, ce *sentiment d'influence* lié au paroxysme épileptique de l'absence et qui est à rapprocher du même sentiment d'influence, également paroxystique que je vous ai rapporté il y a un instant, au cours des poussées d'hypertension intra-cranienne chez un malade atteint de tumeur cérébrale.

Cette impression d'influence et de transformation subie s'accompagne d'une sensation de malaise très spéciale :

— « C'est très, très pénible, ajoute la malade ça ne devrait pas exister, c'est plus amer qu'une douleur ; *une douleur ça vous apaise après, tandis que cela c'est dur, ça vous tient.*

— En quoi est-ce différent d'une douleur ?

— Oh ! oui, très différent. Çà *diffère en philosophie.*

Une telle réponse peut paraître au premier abord étrange et incompréhensible, mais écoutons la suite.

D. — Pourquoi dites-vous une douleur de philosophie ?

R. — Parce que c'est *plus triste que sensuel, plus grincheux qu'une douleur, plus cérébral qu'une douleur, c'est comme une aigreur de la vie.*

Elle entend en somme par là, que ce malaise si pénible est quelque chose de tout à fait intellectuel, que c'est une souffrance plus psychique que physique. Voilà pourquoi elle parle de « douleur de philosophie » usant, elle aussi, comme tous ces malades paranoïdes, d'un terme imagé. En fait, elle éprouve, pendant les absences, une modification profonde de tout son être ; elle a l'impression que quelque chose d'étranger la saisit ; c'est un malaise moral et par là même plus difficile à définir et aussi plus pénible qu'une douleur purement physique.

Elle raconte, en outre, qu'à ces moments de « pertes de cœur », c'est-à-dire d'absences, elle éprouve toujours des troubles de « *sa sensualité* ». Elle a, en effet, des préoccupations sexuelles, sur lesquelles nous allons revenir un peu plus loin. Elle continue ses explications :

— Ce n'est pas une ritournelle qui vous tient, dit-elle, ça vous pousse à observer. Le malaise a, en effet, toujours la même aigreur, mais pas toujours le même goût. C'est pas toujours la même chose. Ça diffère de ce que ça vous exprime.

En d'autres termes, le malaise éprouvé par la malade s'accompagne

d'une sorte d'exacerbation psychique aiguë, et la poussant à chercher l'explication de ses troubles.

Jusque-là, nous nous en rapportons uniquement aux déclarations subjectives de la malade ; elles sont déjà très intéressantes ; toutefois on peut toujours critiquer des données qui peuvent être le simple reflet d'interprétations de la malade.

Mais au moment même où se terminait la conversation précédente, survient tout d'un coup, devant mes yeux, une forte absence ; en voici la description telle que je l'ai notée sur le moment même :

« Tout d'un coup, Mlle Co... devient extrêmement pâle ; le regard prend une allure étrange, *étonnamment fixe, sans vie pour ainsi dire.* Elle tourne alors la tête deux ou trois fois, s'arrête complètement de parler, puis tape du pied d'une façon rythmée. Un haut de cœur et c'est fini. Le visage se recolore et se réanime ; la malade se met à rire d'une façon brusque, puis se mouche... »

D. — Eh ! bien, lui dis-je, comment ça va ?

Un éclat de rire me répond,

R. — Alors qu'est-ce que vous disiez ? continue-t-elle, en paraissant absente.

D. — Vous venez d'avoir un malaise ?

R. — Oui.

Et une fois encore elle éclate de rire bruyamment. En général, d'ailleurs, après les malaises de ce genre, elle reste troublée toute la journée ; elle obéit aux ordres, elle donne la main, mais elle se comporte comme une automate ; elle semble avoir perdu tout contact avec la réalité.

Toute la journée qui suivit cet accès, il fut absolument impossible de tenir avec Mlle C... une conversation suivie ; elle ne répondait pas aux questions, avait l'air absorbée dans un rêve, repliée sur elle-même ; mais peu à peu, elle se mit à parler abondamment avec un dévidement incoercible de la pensée intérieure que nous allons maintenant saisir dans la conversation suivante :

D. — Vous avez eu un malaise hier : qu'avez-vous ressenti ?

R. — J'ai senti comme quelque chose *qui ne m'appartiendrait pas, qui s'occuperait de moi.*

C'est toujours cette impression d'influence, d'action extérieure.

Bientôt, elle se met à causer, sans que je puisse l'arrêter, n'ayant presque pas l'air de remarquer ma présence et comme quelqu'un d'étranger à tout ce qui l'entoure :

— Je voudrais faire quelque chose, faire du bien. Je voudrais bien savoir ma vocation, je ne sais pas si c'est dans ma nature..., j'ai été obligée de faire le ménage, c'était pénible, nous n'avions plus de servante...

— Vous aviez la vocation des études ?

— Je ne sais pas, je l'ai peut-être forcée... j'étais toujours l'avant-dernière.

Elle s'arrête, comme semblant réfléchir, puis reprend :

— J'ai eu le goût de vouloir me refaire un nouvel idéal. J'ai eu peur d'en vouloir faire trop, de rester vieille fille. Je sais bien aussi qu'il y a des docteurs en Belgique qui sont de ma famille, qui me réservent de grandes surprises, et aussi à la France peut-être des surprises de franc-maçon, de me dire de laisser Dieu, de laisser tout cela. Parce que je ne pouvais plaire à aucun jeune homme, il fallait que je fasse des efforts, et le jeune homme ne faisait pas attention ; je voulais faire l'amour, mais pas à fond, comme les jeunes filles... Je me disais : je dirai tout cela à un jeune docteur quand je le pourrai. On dit aussi que l'amour va changer, il y a la résurrection de la chair, il n'y a pas besoin d'avoir peur ni de méfiance...

Et elle poursuit, comme si elle se parlait à elle-même :

— Et puis, faudrait bien qu'ils avancent, les Français, parce que les Russes en font eux, trop hélas ! oui, il faudrait que la France avance... J'avais connu une Russe au pensionnat, chez moi, en Belgique...

Et le dévidage de pensée se poursuit :

— On ne me laisse rien faire ; il y a toujours des yeux fixés ; cela serait malheureux de perdre l'occasion...

— Quelle occasion ?

— L'occasion de vous aider ; seulement je ne sais pas ; vous avez tellement d'esprit, vous autres... Cette Russe, elle s'est servie de moi... comme on le fait maintenant... avec la vie nouvelle, comme on est maintenant tous ensemble, comme on veut... On dirait qu'on n'a plus confiance en moi comme si j'avais tout perdu... J'ai peur d'être en retard, d'être toujours vieux système, mais enfin on fait tout de même du progrès.

Analysons maintenant de plus près le sens de ce flot de paroles en apparence incohérentes dont le dévidage aurait pu continuer pendant des heures. Vous y verrez qu'on y retrouve tout l'ensemble d'une pensée intérieure dont l'étude psychologique est du plus haut intérêt et que nous allons essayer de traduire et de résumer.

La malade exprime d'abord des inquiétudes sur sa situation ; elle voudrait se faire une position, elle est inquiète que l'on ne s'occupe pas assez d'elle, que l'on n'ait pas confiance en elle. Puis viennent des préoccupations érotiques : elle aurait voulu se marier, elle aurait pu trouver un jeune homme, elle voudrait faire l'amour, mais elle n'ose pas. Ensuite viennent des préoccupations patriotiques. Que signifie à ce sujet cette histoire des Français et des Russes ? J'ai pu savoir ensuite que Mlle Co... avait eu quelques démêlés avec une Russe ; elle avait gardé depuis ce moment-là une certaine aversion pour tout ce qui était russe ; on comprend ainsi le sens de ses paroles : la Russie fait du nouveau, mais du mauvais nouveau, les Russes ne font que du mal ; c'est malheureux que la France ne s'engage

pas plus dans la voie du progrès parce qu'elle pourrait contrebalancer l'action néfaste de la Russie.

Voilà, sous une forme achevée, ce qu'était à peu près la pensée du sujet, mais les pensées intérieures ne sont jamais achevées ; elles apparaissent toujours sous la forme de la rêvasserie, avec une expression lâche, souvent plus imagée, plus pittoresque, mais avec des termes plus flous et souvent impropres.

On retrouvait aussi exprimée par ses paroles la souffrance de sa maladie et le besoin de retrouver son équilibre. Elle ajoutait :

— Je voudrais travailler un peu et sans des ambitions terribles, j'ai peur de l'exaltation et de l'hallucination, j'ai peur des extrêmes. J'ai par moi-même le sens des raisons, sinon je ferais bien des originalités, des extravagances ; mais j'aime bien savoir. Je n'ai rien eu de la vie ; j'ai commencé tout, je n'ai eu aucune satisfaction.

Nous constatons ici qu'elle a peur d'elle-même, qu'elle a peur de ces exaltations, de ces modifications brusques de l'état mental si fréquentes chez les épileptiques.

Elle ajoute encore :

— Malheureusement, j'ai rencontré mon ennemi, le féminin ; il m'accuse de la vérité...

Peut-être faut-il voir là un petit sentiment de jalousie féminine ; c'est possible.

En résumé, le petit coup de sonde que nous venons de jeter dans les paroles de cette malade démontre qu'il est possible de retrouver tout le tréfonds des pensées qui, d'habitude, ne sortent pas à l'extérieur mais qui existent, de façon plus ou moins consciente ou subconsciente, chez la plupart des individus normaux ; nous avons vu toutes les aspirations, toutes les craintes, toutes les pensées intimes avouées ou non avouées. Mais, fait capital, *tout ce flot de pensées intérieures ne s'exprime qu'au moment des crises épileptiques et sous leur influence.*

L'examen de cette malade nous a donc permis de mettre en évidence des processus psychophysiologiques précis, et de pouvoir déterminer *les rapports exacts et les relations réciproques qui existent entre les perturbations physiologiques cérébrales et les réactions psychologiques.*

Les complexes psychologiques et psychanalytiques, sur l'étude desquels on a tant insisté ces dernières années au cours des psychoses, nous les retrouvons avec toute leur richesse, leur charge affective, et même avec leur contenu sexuel, chez notre malade. Mais, *tous ces complexes psychologiques n'apparaissent que sous l'influence directe d'un facteur physiologique, cérébral :*

le paroxysme épileptique. Ils sont donc non la cause de la maladie, comme on le croit trop souvent, mais la conséquence de la perturbation des fonctions cérébrales.

Les phénomènes de verbigération incohérente n'apparaissent en effet que dans les périodes qui précèdent ou suivent la crise : c'est dire au moment de la levée de contrôle réalisée par l'épilepsie, levée de contrôle qui aboutit à la projection en quelque sorte de complexes psychologiques (1).

Si, cependant, quelque doute subsistait en vous sur la liaison étroite des phénomènes psychologiques et des crises comitiales, il disparaîtra, je l'espère, quand je vous aurai rapporté une autre observation encore plus caractéristique prise dans le même service.

Il s'agit, dans ce deuxième cas, d'une grande épileptique, Mme Lang., présentant de grandes crises convulsives fréquentes et violentes, à des intervalles d'environ un mois.

Entre les crises, la malade ne manifeste aucun trouble psychique et se comporte normalement ; par contre, dans les jours qui précèdent les crises, elle devient irritable, nerveuse, incohérente ; on voit son visage changer d'expression et bientôt commence la verbigération. Voici les paroles que j'ai pris au vol dans une de ces périodes, la veille d'une crise :

« L'autre jour, je vais à Compiègne, je rencontre quelqu'un qui me tape sur l'épaule, c'était mon fils. Cet enfant saute sur les genoux de sa mère, il était si content. Vous voyez, papa aussi, papa lui a envoyé quelque chose. J'ai encore un autre frère, je ne peux pas vous dire qui..... Ah ! n'aie pas peur si je suis folle, laisse-moi ma folie jusqu'au bout, parce que tu es dans ma maison, tu n'es pas trop mal.. Oui (comme si elle se parlait à elle-même) on m'a enlevé mon corset, oh ! mon pauvre petit corset (pleurnichant) et quel supplice ; j'irai dans mon pays, la petite maison de papa, dans le bois, j'irai cueillir des coquilles, je saurai m'arranger... mais c'est trop fatigant, je ne peux pas... oui, je ne suis pas méchante... j'ai eu mon compte avec mon mari, l'un qui est mort, l'autre qui est toujours vivant. On s'arrangeait si bien, tous les quinze jours on les recevait le curé de Passy donnait l'absolution, tout cela allait bien... »

Et elle continue encore son soliloque :

« Mon père m'avait fait remarquer tout ce qu'il m'envoyait. Il est mort : ma foi, tant pis, je n'y peux rien. »

(1) Cette levée de contrôle peut être aussi facilement observée au cours de l'action des toxiques. Nous avons, avec le Pr Claude, insisté sur ce point à propos du somnifène et des exemples en sont rapportés dans la thèse de notre élève Pauker. Mlle Pascal y a insisté également.

Il est tout de même possible de fixer de temps en temps l'attention de cette malade :

— A quel âge est mort votre père ?

— A 75 ans.

— Et vous, quel âge avez-vous ?

— J'ai 53 ans ; je suis née en 1879, le 24 janvier. Je me rappelle tout.

— Avez-vous bien dormi cette nuit ?

— Oui, mais je m'en doutais d'avoir la crise.

Et la verbigération reprend quand on laisse la malade à elle seule. Le lendemain, elle s'exprime en ces termes :

« On me rend folle... On m'a vérifié la cervelle. (C'est ici une ébauche du sentiment d'influence). J'ai senti que j'étais mal depuis ce temps-là. C'est le docteur de Paris qui m'a fait cela. Oh ! il a bien tort. Il est mort d'ailleurs, le pauvre homme. Il me l'a dit après. Il me l'a montré dans du sang... On me rend folle en me contrariant. De plus en plus je vais devenir désagréable, je m'excite de plus en plus. Je le sens bien que je suis excitée par mes doigts, ma tête, par mes yeux. »

Effectivement cette excitation devint telle qu'elle eut bientôt une crise épileptique convulsive typique qui a terminé l'épisode. Après quoi elle est redevenue normale au point de vue psychique.

Dans ce cas encore, nous constatons une liaison étroite entre les troubles épileptiques et l'incohérence de la pensée, qui réveille quantité de souvenirs, avec des allusions à la vie passée, aux tendances, tout cela surgissant pêle-mêle, comme dans les psychoses paranoïdes. En réalité, il n'y a pas de différence dans l'aspect clinique des malades dans l'un et l'autre cas ; la seule différence, c'est que les faits ici sont passagers et n'apparaissent qu'au moment où surviennent les crises épileptiques.

Une troisième observation vaut également la peine d'être rapportée ; elle se rapporte à une épileptique qui présente de nombreuses crises et qui, dans l'intervalle des crises, ne présente aucun trouble psychique.

Je passais ce jour-là dans le réfectoire, alors que la malade était en train de manger, brusquement elle se lève et devient d'une pâleur frappante, elle s'agite, relève ses jupes d'une façon obcène et se met à crier : « Je ne veux plus voir mon mari, je ne veux pas avoir d'enfants. » Elle présente à ce moment l'aspect extérieur de la colère et jette son assiette au milieu du réfectoire. Après un quart d'heure, la crise s'arrête net, le visage reprend sa couleur, et la malade reprend la conversation avec sa voisine de table sans se souvenir de ce qu'elle venait de dire ni de faire.

Il s'agit ici d'un équivalent épileptique, au cours duquel on a vu surgir brusquement des pensées gardées secrètes probablement depuis longtemps, des pensées intimes que la malade ne s'avouait peut-être pas à elle-même. Ces pensées sont projetées brutalement au dehors par la crise épileptique et, quand la crise a pris fin, tout rentre dans l'ordre.

J'arrête là, si vous le voulez bien, mes exemples et je vais en déduire les conclusions.

⁂

Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet et je me propose d'y revenir dans des leçons ultérieures.

Mais, sans aborder ici cette question avec toute l'ampleur qu'elle mérite, il nous suffit de rappeler qu'une affection cérébrale comme l'épilepsie est susceptible de réaliser la projection de cette pensée intérieure et de tous ces complexes psychologiques, montrant ainsi qu'en pareil cas, *les facteurs psychologiques sont des effets et non des causes.* Les observations que nous venons de rapporter sont très démonstratives à ce sujet : *les troubles pychologiques sont en effet intimement dépendants de l'épilepsie elle-même. Il ne peut être question ici d'invoquer seulement des troubles psychiques associés, ou même simplement de parler de psychose chez des épileptiques.* Vous avez vu que les exemples de mentisme, d'automatisme, de syndrome paranoïde, que je vous ai rapportés, se produisent exactement dans les prodromes immédiats du paroxysme épileptique. Il en est de même de ce sentiment paroxystique d'influence, qui prend la valeur d'une *aura* comitiale, et qui est la traduction directe d'une perturbation cérébrale.

Il faut donc, en définitive, revenir à ces perturbations cérébrales, et les faits que je viens de rapporter nous montrent que, loin de séparer, comme on tend à le faire, la psychopathologie de la physiologie cérébrale, il faut, au contraire, insister sur *les relations étroites qui existent entre le fonctionnement du cerveau* et *les mécanismes intimes de la pensée :* c'est-à-dire le déroulement, la contention et l'expression de la pensée intérieure.

En effet, les perturbations de ces mécanismes de la pensée, qui constituent les bases des psychoses, peuvent être réalisées également par *l'épilepsie :* l'inhibition épileptique peut, dans certains cas, déterminer elle ausi le mentisme, l'hallucination psychique, l'automatisme mental, et même ce syndrome paranoïde, avec toute sa richesse psychologique et ses complexes multipes !

L'épilepsie constitue ainsi un champ d'étude de premier ordre pour aborder le problème principal de la psychiatrie.

Vous voyez donc quelles données précieuses l'étude de l'épilepsie peut apporter pour l'étude des fondements physiologiques de tous ces mécanismes psycho-pathologiques encore si obscurs de la pathologie mentale. Je sais bien qu'on ne manquera pas de nous faire à ce sujet quelques objections qu'il nous faut maintenant critiquer.

La plus importante, en apparence, de ces objections, est la suivante : Les cas d'épilepsie à manifestations psychologiques fines, que nous venons de citer, ne sont pas, nous dira-t-on, fréquents ; l'immense majorité des épileptiques ne présente que des crises convulsives, ou des équivalents inconscients et amnésiques. Certes, le fait est exact, mais il est permis de faire les remarques suivantes : tout d'abord, les formes si spéciales d'épilepsie psychologique que nous venons de décrire apparaissent peut-être si rares, parce qu'on ne les recherche pas, ou que l'attention n'est pas attirée de ce côté.

D'autre part, cette rareté relative n'enlève nullement leur valeur ni leur portée aux faits que nous venons d'étudier : nous savons, en effet, que si, dans sa forme habituelle, la crise épileptique supprime tout psychisme et ne laisse place qu'à des manifestations motrices convulsives, il s'agit là d'une question non de nature, mais d'intensité du processus pathologique cérébral. Nous avons montré, en effet, avec le professeur Claude (1), que dans certains cas, en atténuant progressivement les crises grâce à l'usage très lentement progressif du gardénal, on pouvait passer de la crise convulsive à la crise de mouvements coordonnés, et enfin à des crises à manifestations psychologiques avec contenu idéique. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de « formes dégradées de l'épilepsie ». Ces faits nous montrent que l'épilepsie ne réalise *des perturbations psychologiques fines* que dans ses formes frustes, atténuées (2).

En somme, tout se passe comme si le système nerveux ne pouvait réagir par des manifestations psychologiques que sous l'action de causes atténuées, les perturbations plus violentes ou plus profondes dépassant en quelque sorte la capacité réactionnelle, sous forme psychologique, et ne donnant lieu qu'à des troubles moteurs, convulsifs, etc.

(1) Claude et Baruk. — *Encéphale*, janvier 1931.

(2) Nous avons déjà étudié cette question, ainsi que les problèmes physiopathologiques qu'elle soulève dans notre travail sur l'automatisme épileptique. *Semaine des Hôpitaux*, 15 juillet 1930.

C'est ce qui nous explique le fossé tracé entre l'épilepsie et les psychoses, l'épilepsie *supprimant la conscience et la vie psychique*, les psychose la perturbant seulement ; cette distinction est fondée en partie sur des faits exacts, mais elle ne doit pas être absolue : en réalité, entre l'épilepsie et les psychoses, il y a toutes les formes de passage, ainsi que le démontrent les formes frustes de l'épilepsie ; et à cet égard, l'épilepsie est peut-être l'affection la plus importante pour aborder l'étude des psychoses, en particulier de la schizophrénie, qui présente d'étroits rapports avec elle.

Pourquoi, malgré ces faits, la tendance psychogénique exclusive est-elle encore si forte en psychiatrie ? Pourquoi a-t-on tant de mal à admettre que des phénomènes psychologiques fins puissent être la conséquence d'une atteinte du système nerveux ? C'est que toute la manière de penser des neurologistes et des psychiatres est encore façonnée par une certaine conception des maladies organiques : maladies fixes, incurables, et séparées du psychisme. De tels critères ne concernent en réalité qu'une variété de maladies organiques cérébrales, celle en rapport avec les grosses lésions destructives. Ils laissent de côté les affections cérébrales à type dynamique, suivant l'expression de Claude, comme l'épilepsie et les psychoses, dans lesquelles l'atteinte cérébrale est plus fine, plus diffuse, plus superficielle.

Enfin, une autre raison de la ténacité de ces conceptions psychogéniques exclusives, c'est que les malades eux-mêmes contribuent parfois à entretenir l'illusion qu'ils créent leur maladie. Bien plus, ces malades que l'on rend à tort — comme je viens de vous le montrer — responsables de leurs troubles, que l'on décrit comme se réfugiant dans la maladie, ces malades s'accusent parfois faussement eux-mêmes et éprouvent l'illusion que les symptômes organiques subis par eux sont réalisés par leur volonté, par auto-suggestion. Voici deux exemples de tels faits.

Vous vous souvenez de cette malade atteinte de syndrome paranoïde épileptique, dont je vous ai rapporté plus haut l'observation. Ecoutez ce qu'elle dit relativement aux causes de ses absences, de ces « pertes de cœur », sur son enfance.

— D'où viennent donc vos troubles ?

— Il faut distinguer, dit-elle ; les grandes crises, je ne sais pas ce que c'est ; ça me saisit et je ne me rappelle rien ; ça doit venir de l'atmosphère, ça me frappe, je ne sais pas ce que c'est. Mais les petits malaises de cœur — (c'est-à-dire les absences épileptiques) — *je crois que c'est moi qui les fais.*

Elle revenait toujours sur cette impression qu'elle *devait contribuer un peu à créer ces malaises psychologiques ;* elle disait bien, sans doute, que cela lui donnait l'impression de quelque chose venant de l'extérieur, mais elle avait aussi l'impression d'y contribuer, puisqu'elle disait toujours qu'il lui semblait que c'était elle-même qui devait les provoquer. Et elle ajoutait : « *C'est probablement parce que je ne suis pas assez bien la religion, que je n'ai plus de sensualité.....* » Elle cherchait des explications, mais revenait toujours sur la même idée qu'elle créait elle-même ces malaises.

De même le malade que nous avons observé avec M. Tinel, atteint de tumeur cérébrale, et présentant des crises d'hallucination psychique, répondait à nos questions : « *C'est de l'auto-suggestion, c'est moi qui me provoque ça certainement ; il me vient une idée : j'ai beau lutter, je ne peux pas empêcher cette auto-suggestion.* »

En réalité, la trépanation décompressive fit peu à peu cesser cette soi-disant auto-suggestion !

Voilà quelques faits qui montrent bien qu'il faut être prudent quand on veut tirer des conclusions systématiques de l'étiologie psychogénique des troubles mentaux. Il est en effet une notion qui est chère à l'humanité et que chacun admet comme fondamentale : c'est que toute manifestation psychique est, par définition, volontaire. Il semble inconcevable qu'une idée, qu'une pensée puisse se produire dans notre esprit sans notre consentement. Un trouble psychologique subi et d'origine organique paraît, au premier abord, inconcevable. C'est pourquoi beaucoup de malades, en présence de ces phénomènes incompréhensibles, n'ont le choix qu'entre deux explications : ou bien les attribuer à une action extérieure, ou bien s'accuser eux-mêmes de les produire, mais ils ne peuvent concevoir qu'on puisse en rendre responsable leur cerveau !

Vous voyez donc combien l'étude clinique de l'épilepsie, malgré les nombreux travaux qu'elle a déjà suscités, est encore riche de faits et surtout combien elle est intéressante comme préface à l'étude physiologique des psychoses.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE [1]

fondée le 26 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867

BUREAU POUR 1933 [2]

Président : M. Georges Dumas.
Vice-Président : M. Roger Mignot.
Secrétaire général : M. René Charpentier.
Trésorière-Archiviste : Mme Thuillier-Landry.
Secrétaires des séances : MM. Courbon et Paul Abély.

LISTE DES MEMBRES établie le 25 janvier 1933

Membres titulaires honoraires (15)

Membres titulaires depuis :		*Membres titulaires* depuis :	
1884.	MM. Séglas.	1905.	MM. Lwoff.
1888.	Legrain.	1930 (3).	Paul Camus.
1891.	Semelaigne.	—	Guillain.
—	Sollier.	—	Pierre Marie.
1893.	Klippel.	—	Henry Meige.
—	Pactet.	—	Papillault.
—	Sérieux.	—	André Thomas.
1899.	Nageotte.		

(1) La Société réunit actuellement 366 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire, correspondant national* ou *associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

(2) La liste des *présidents* et des *secrétaires généraux* de la *Société Médico-psychologique* a été publiée dans le numéro d'octobre 1931, pages 285-286 ; la liste des *trésoriers-archivistes* a été publiée dans le numéro de janvier 1932, page 34.

(3) Membres nommés à l'occasion de la fusion de la Société Clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie avec la Société Médico-psychologique.

Membres titulaires (100)

Membres titulaires depuis :	
1888.	MM. Dupain.
1895.	Pierre Janet.
—	Roubinovitch.
1896.	Toulouse.
1908.	G. de Clérambault.
1909.	Leroy.
1910.	Rogues de Fursac.
—	Truelle.
—	Piéron.
1911.	Capgras.
—	Marchand.
—	Vurpas.
—	Mignot.
—	René Charpentier.
1913.	Fillassier.
—	Laignel-Lavastine.
1919.	Mallet.
—	Ach. Delmas.
—	Devaux.
—	Dupouy.
1920.	Barbé.
—	Revault d'Allonnes.
—	Meuriot.
—	Simon.
1922.	Raynier.
—	Henri Claude.
1923.	Georges Dumas.
—	Bussard.
—	Rodiet.
—	Aug. Marie.
1924.	Lhermitte.
—	Guiraud.
1926.	Courbon.
—	Logre.
1927.	Petit.
—	D. Santenoise.
—	Calmels.
—	H. Beaudouin.
—	Minkowski.
1930.	Demay.
—	Heuyer.
—	Xavier Abély.

Membres titulaires depuis :	
1930.	MM. Baudouin.
—	Fribourg-Blanc.
—	Génil-Perrin.
—	Laugier.
—	Lévy-Valensi.
—	Maillard.
—	Sengès.
—	Tinel.
—	Wallon.
1931.	Paul Abély.
—	Ceillier.
—	Vinchon.
—	Codet.
—	H. Baruk.
—	Borel.
—	Buvat.
—	Collet.
—	Hartenberg.
—	Mme Thuillier-Landry.
—	MM. Targowla.
—	Péron.
—	Bonhomme.
—	Gouriou.
—	Abadie (1).
—	Ameline.
—	D. Anglade.
—	Aubry.
—	J. Baruk.
—	Ch. Blondel.
—	P. Combemale.
—	Cullerre.
—	Danjean.
—	Desruelles.
—	Dide.
—	Euzière.
—	Guichard.
—	Halberstadt.
—	J. Hamel.
—	Hesnard.
—	Lagriffe.
—	Lauzier.
—	J. Lépine.

(1) Ici, par ordre alphabétique, 30 noms de membres non résidants élus membres titulaires le 28 mai 1931, par suite des modifications apportées aux Statuts de la Société, le 26 janvier 1931 (de M. Abadie à M. Wahl inclusivement).

Membres titulaires depuis :

1931. MM. Nayrac.
— M. Olivier.
— Pasturel.
— Porot.
— Raviart.
— Rayneau.
— Robert.
— Rougean.

Membres titulaires depuis :

1931. MM. Ach. Santenoise.
— Vieux.
— Wahl.
— Bourguignon.
— Vignaud.
— Largeau.
1932. Cénac.
1933. Carrette.

Membres Correspondants Nationaux (99)

Membres correspondants depuis :

1883. MM. Rougé.
1886. Larroque.
1888. Lemoine.
1899. Breton.
1902. Colombani.
— Cololian.
1903. Chénais.
1904. Vernet.
— A. Riche.
— Sizaret.
1905. V. Parant.
1906. Revertégat.
— Page.
— Perpère.
1908. Levet.
1910. Belletrud.
1911. Mlle Pascal.
1912. MM. Beaussart.
— Ossip-Lourié.
1913. Albès.
— Lerat.
— Voivenel.
1918. Gilles.
— Chavigny.
— J. Courjon.
1919. Boudon.
— Benon.
— Frankhauser.
1920. Renaux.
— Vian.
1921. Allamagny.
— Brissot.
— Molin de Teyssieu.

Membres correspondants depuis :

1922. MM. Brousseau.
— Eissen.
— Quercy.
1923. Ch. Reboul-Lachaux.
— Potel.
1924. Prince.
— Lautier.
1925. Paul-Boncour.
— G. Robin.
— Mme Minkowska.
1928. MM. Montassut.
1930. Alajouanine.
— Cornélius.
— Delaville.
— Gallais.
— Lahy.
— Vié.
— Schaeffer.
— Schiff.
— Mlle Weinberg.
1931. MM. Barré.
— Chartier.
— Cornil.
— Courtois.
— Daday.
— Dumolard.
— Gonnet.
— Hyvert.
— Jude.
— Macé de Lépinay.
— Martin-Sisteron.
— Meignant.
— Frantz Adam.

Membres correspondants depuis :	
1931.	MM. Paul Delmas.
—	Lamache.
—	Villey-Desmeserets.
—	Grimbert.
—	Bauer.
—	Calmettes.
—	Delmas-Marsalet.
—	Labuchelle.
—	Folly.
—	R. Anglade.
—	Ernst.
—	Perrussel.
—	Artur.
—	Paul Cossa.
—	Larrivé.
—	Fromenty.
1932.	Mestrallet.

Membres correspondants depuis :	
1932.	MM. Lassalle.
—	Morat.
—	Ombrédane.
—	Trivas.
—	H. Roger.
—	Martimor.
—	P. Masquin.
—	Burckard.
—	Ey.
—	Le Guillant.
—	Picard.
—	Rondepierre.
1933.	Cuel.
—	Porc'her.
—	Pichard.
—	Vigneron d'Heucqueville.

De nombreuses modifications ayant eu lieu pendant les deux dernières années, nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général.

Membres titulaires honoraires (15)

MM. Camus (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV^e^). — *22 décembre 1930.*

Guillain (Georges), 215 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e^). — *22 décembre 1930.*

Klippel, 63, boulevard des Invalides, Paris (VII^e^). — *27 novembre 1893.*

Legrain, 9, rue Pelouze, Paris (VIII^e^). — *30 juillet 1888.*

Lwoff, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — *20 janvier 1893.*

Marie (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII^e^). — *22 décembre 1930.*

Meige (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — *28 février 1898.*

Nageotte, 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI^e^). — *25 juillet 1898.*

Pactet, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — *29 février 1892.*

Papillault, 2 *bis*, avenue Frochot, Paris (IX^e^). — *22 décembre 1930.*

Séglas, 96, rue de Rennes, Paris (VI^e^). — *28 juillet 1884.*

Semelaigne (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris (XVI^e^). — *29 décembre 1890.*

Sérieux, 83 *bis*, boulevard Brune, Paris (XIV^e^). — *25 janvier 1892.*

Sollier (Paul), 14, rue Clément-Marot, Paris (VIII^e^). — *25 mai 1891.*

Thomas (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII^e^). — *22 décembre 1930.*

Membres titulaires (100)

MM. Abadie, 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — *29 mai 1922.*
Abély (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — *30 juin 1924.*
Abély (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — *27 juin 1921.*
Ameline, Mehun-sur-Yèvre (Cher). — *30 mai 1910.*
Anglade (D.), Asile de Château-Picon, à Bordeaux. — *31 juillet 1889.*
Aubry, Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *28 mai 1931.*
Barbé, 11, rue de Luynes, Paris (VIe). — *24 avril 1911.*
Baruk (Henri), 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — *26 janvier 1931.*
Baruk (Jacques), Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — *26 décembre 1910.*
Baudouin (A.), 5, rue Palatine, Paris (VIe). — *22 décembre 1930.*
Beaudouin (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *29 septembre 1924.*
Blondel (Ch.). — 1, quai Zorn, à Strasbourg (Bas-Rhin). — *21 juillet 1928.*
Bonhomme, 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — *27 novembre 1916.*
Borel, 4, quai aux Fleurs, Paris (IVe). — *29 décembre 1923.*
Bourguignon, 15, rue Royer-Collard, Paris (Ve). — *22 décembre 1930.*
Bussard, 8, avenue du Onze-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise). — *29 juillet 1907.*
Buvat, 130, rue de la Glacière, Paris (XIIIe). — *27 mars 1905.*
Calmels, 22, avenue des Gobelins, Paris (Ve). — *25 avril 1927.*
Capgras, Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *29 janvier 1906.*
Carrette, 8, avenue du Onze-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise). — *31 mai 1926.*
Cénac, 3, rue Coetlogon, Paris (VIe). — *28 juin 1926.*
Ceillier, 20, quai de Béthune, Paris (IVe). — *28 mai 1923.*
Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine). — *30 décembre 1907.*
Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe). — *27 mars 1922.*
Clérambault (G. de), 46, rue Danicourt, à Malakoff (Seine). — *30 décembre 1907.*
Combemale (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — *28 mai 1931.*
Codet, 10, rue de l'Odéon, Paris (VIe). — *29 décembre 1923.*
Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine). — *23 février 1914.*
Courbon, Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — *18 décembre 1916.*
Cullerre (A.), 8, boulevard Aristide-Briand, à La Roche-sur-Yon (Vendée). — *30 juin 1879.*
Danjean, Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — *28 mai 1931.*
Delmas (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — *26 avril 1909.*

MM. Demay, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 juillet 1914.*

Desruelles, Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — *26 janvier 1931.*

Devaux, 117 *bis*, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — *24 juillet 1905.*

Dide, Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — *28 janvier 1901.*

Dumas (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI^e^). — *28 juillet 1890.*

Dupain, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e^). — *25 juin 1888.*

Dupouy, 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e^). — *29 juillet 1907.*

Euzière, 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — *28 mai 1931.*

Fillassier, 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *27 juin 1910.*

Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — *22 décembre 1930.*

Genil-Perrin, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII^e^). — *29 décembre 1919.*

Gouriou, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 avril 1931.*

Guichard, 77, route de Levens, Nice (Alpes-Maritimes). — *28 mai 1931.*

Guiraud, Asile de Villejuif (Seine). — *27 novembre 1922.*

Halberstadt, Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *24 novembre 1919.*

Hamel (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *28 mai 1931.*

Hartenberg, 64, rue de Monceau, Paris (VIII^e^). — *24 juin 1907.*

Hesnard, 4, rue Peirex, à Toulon (Var). — *29 décembre 1923.*

Heuyer, 74, boulevard Raspail, Paris (VI^e^). — *27 décembre 1926.*

Janet (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII^e^). — *28 janvier 1895.*

Lagriffe, Asile des Aliénés, à Quimper (Finistère). — *18 décembre 1905.*

Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (VIII^e^). — *28 juillet 1913.*

Largeau, 29, rue de Clichy, Paris (IX^e^). — *22 décembre 1930.*

Laugier, 1, rue Hautefeuille, Paris (VI^e^). — *22 décembre 1930.*

Lauzier, Maison de Santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise. — *26 mars 1928.*

Lépine (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — *22 février 1909.*

Leroy (Raoul), Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e^). — *28 mars 1898.*

Lévy-Valensi, 37, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e^). — *22 décembre 1930.*

Lhermitte, 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e^). — *28 avril 1924.*

Logre, 49, avenue Montaigne, Paris (VIII^e^). — *28 juin 1920.*

Maillard, 40, rue Dispan, à L'Hay-les-Roses (Seine). — *22 décembre 1930.*

Mallet (Raymond), 22, avenue Mozart, Paris (XVI^e^). — *25 février 1918.*

Marchand (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV^e^). — *25 mars 1901.*

Marie (Aug.), 16, boulevard Edgar-Quinet, Paris (XIV^e^). — *25 janvier 1893.*

Meuriot, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — *27 décembre 1920.*

MM. Mignot, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *26 juin 1905.*

Minkowski (Eug.), 2, square Delambre, Paris (XIVe). — *25 mai 1925.*

Nayrac, 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — *28 mai 1931.*

Olivier (M.), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — *24 juin 1907.*

Pasturel, Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *28 mai 1931.*

Péron (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — *26 janvier 1931.*

Petit, 160, rue de Paris, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *27 juin 1921.*

Piéron, 52, route de la Plaine, Le Vésinet (S.-et-O.). — *27 avril 1903.*

Porot, 29, rue Mogador, à Alger. — *25 novembre 1912.*

Raviart, 91, route d'Esquermes, à Lille (Nord). — *29 mai 1922.*

Rayneau, 117, boulevard Jourdan, Paris (XIVe). — *28 mai 1909.*

Raynier, 3 *bis*, rue de Capri, Paris (XIIe). — *28 février 1921.*

Revault d'Allonnes, Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — *30 juin 1919.*

Robert (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — *26 juin 1922.*

Rodiet, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *25 novembre 1907.*

Rogues de Fursac, Asile de Villejuif (Seine). — *28 février 1910.*

Roubinovitch, 3, rue de Médicis, Paris (VIe). — *27 juin 1892.*

Rougean, 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — *26 janvier 1931.*

Santenoise (Ach.), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — *28 mai 1931.*

Santenoise (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *26 novembre 1923.*

Sengès, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — *22 décembre 1930.*

Simon (Th.), 7, rue Danton, Paris (VIe). — *24 mai 1909.*

Targowla, 169, rue de l'Université, Paris (VIIe). — *29 décembre 1923.*

Mme Thuillier-Landry, 102, rue de Grenelle, Paris (VIIe). — *26 janvier 1931.*

MM. Tinel, 254, boulevard St-Germain, Paris (VIIe). — *22 décembre 1930.*

Toulouse, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *27 juin 1892.*

Truelle, Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *25 novembre 1901.*

Vieux, à Divonne-les-Bains (Ain). — *24 juin 1912.*

Vignaud, 2, rue Falret, à Vanves (Seine). — *28 novembre 1927.*

Vinchon, 108, rue du Bac, Paris (VIIe). — *27 juin 1921.*

Vurpas, 161, rue de Charonne, Paris (XIe). — *27 juillet 1903.*

Wahl, Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *22 juillet 1901.*

Wallon, 19, rue de la Tour, Paris (XVIe). — *22 décembre 1930.*

Membres correspondants nationaux (99)

MM. ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Ht-Rhin). — *23 février 1931.*

ALAJOUANINE, 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe). — *22 décembre 1930.*

ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — *26 mai 1913.*

ALLAMAGNY, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — *29 mars 1921.*

ANGLADE (Roger), Asile de Breuty-la-Couronne, Angoulême (Charente). — *28 mai 1931.*

ARTUR, médecin d'Escadre, Croiseur Lamotte-Piquet, 2e Escadre. — *22 juin 1931*

BARRÉ, 8, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin). — *26 janvier 1931.*

BAUER (E.), Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie). — *27 avril 1931.*

BEAUSSART, Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — *25 novembre 1912.*

BELLETRUD, Maire de Cabris (Alpes-Maritimes). — *26 décembre 1910.*

BENON, Hospice Saint-Jacques, Nantes (Loire-Inférieure). — *24 novembre 1919.*

BONCOUR (Paul), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe). — *27 avril 1925.*

BOUDON, 64, rue de Bellechasse, Paris (VIIe). — *28 juillet 1919.*

BRETON, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — *27 novembre 1899.*

BRISSOT, Colonie d'enfants, Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — *27 juin 1921.*

BROUSSEAU, Villa de Tavannes, Mastaï, près Québec (Canada). — *30 janvier 1922.*

BURCKARD, Asile de Sarreguemines (Moselle). — *27 juin 1932.*

CALMETTES, Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-Vienne). — *27 avril 1931.*

CHARTIER, 9 *bis*, avenue des Fleurs, Nice (Alpes-Maritimes). — *26 janvier 1931.*

CHAVIGNY, Laboratoire de Médecine légale, Faculté de Médecine, Strasbourg (Bas-Rhin). — *29 juillet 1918.*

CHENAIS, 6, rue Piccini, Paris (XVIe). — *30 mars 1903.*

COLOLIAN, 37 *bis*, rue de Ponthieu, Paris (VIIIe). — *27 octobre 1902.*

COLOMBANI, Directeur de la Santé publique, Protectorat français, Rabat (Maroc). — *27 janvier 1902.*

CORNÉLIUS, 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VIIe). — *22 décembre 1930.*

CORNIL (L.), 16, rue des Abeilles, Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 janvier 1931.*

COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (A.-M.). — *22 juin 1931.*

COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — *29 juillet 1918.*

COURTOIS, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *26 janvier 1931.*

CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XIIe). — *23 janvier 1933.*

DADAY, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — *26 janvier 1931.*

DELAVILLE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *22 décembre 1930.*

MM. Delmas (Paul), 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine). — *23 février 1931.*

Delmas-Marsalet, 79, Cours d'Aquitaine, Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

Dumolard, 64, rue d'Isly, Alger. — *26 janvier 1931.*

Eissen, Asile de Stephansfeld, Brumath (Bas-Rhin). — *26 juin 1922.*

Ernst, Divonne-les-Bains (Ain). — *28 mai 1931.*

Ey (Henri), 1, rue Cabanis, Paris (XIVe). — *27 juin 1932.*

Folly, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — *27 avril 1931.*

Frankhauser, Asile de Stephansfeld, Brumath (Bas-Rhin). — *24 novembre 1919.*

Fromenty, 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — *28 décembre 1931.*

Gallais, 58, rue de Rennes, Paris (VIe). — *22 décembre 1930.*

Gilles, Asile Saint-Luc, Pau (Basses-Pyrénées). — *29 avril 1918.*

Gonnet, 21, rue Brossard, Saint-Etienne (Loire). — *26 janvier 1931.*

Grimbert, 11, rue Duroc, Paris (VIIe). — *30 mars 1931.*

Hyvert, Asile de Vauclaire, Montpon-sur-Isle (Dordogne). — *26 janvier 1931.*

Jude, Directeur du Service de Santé des Troupes du Levant, S. P. 600. — *26 janvier 1931.*

Labuchelle, 29, rue Naujac, Bordeaux (Gironde). — *27 avril 1931.*

Lahy, 22, avenue de l'Observatoire, Paris (Ve). — *22 décembre 1930.*

Lamache, 27, boulevard de la Liberté, Rennes (Ille-et-Vilaine). — *23 février 1931.*

Larrivé (E.), 192 *bis*, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — *23 novembre 1931.*

Larroque (Benj.), 823, calle Lavalle, Buenos-Aires (République Argentine). — *26 juillet 1886.*

Lassalle (Pierre), Asile de Saint-Lizier (Ariège). — *22 février 1932.*

Lautier, Asile de Bron (Rhône). — *30 juin 1924.*

Le Guillant, Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *27 juin 1932.*

Lemoine, Levanges, par Decize (Nièvre). — *27 février 1888.*

Lerat, Asile de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure). — *28 juillet 1913.*

Levet, 60, rue des Hôtelleries, La Charité-sur-Loire (Nièvre). — *29 juin 1908.*

Macé de Lépinay, 4, rue d'Angivilliers, Versailles (Seine-et-Oise). — *26 janvier 1931.*

Martimor, Maison de Santé départementale de Blois (Loir-et-Cher). — *23 mai 1932.*

Martin-Sisteron, 14, rue Edmond-Rey, Grenoble (Isère). — *26 janvier 1931.*

Masquin (Pierre), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIVe). — *23 mai 1932.*

Meignant, 8, rue Saint-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *26 janvier 1931.*

Mestrallet, 25, quai Claude-Bernard, à Lyon (Rhône). — *26 janvier 1932.*

Mme Minkowska, 2, square Delambre, Paris (XIVe). — *25 mai 1925.*

MM. Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde). — *28 novembre 1921.*

MM. MONTASSUT, 12, rue Quatrefages, Paris (V^e^). — *28 juin 1928.*

MORAT, 10, rue Coutureau, Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — *22 février 1932.*

OMBRÉDANE, 124, avenue Emile-Zola, Paris (XV^e^). — *25 avril 1932.*

OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII^e^). — *25 novembre 1912.*

PAGE, 86, boulevard Michelet, Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 mars 1906.*

PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — *17 avril 1905.*

M^lle^ PASCAL, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — *26 juin 1911.*

MM. PERPÈRE, 4, rue des Marronniers, Paris (XVI^e^). — *24 décembre 1906.*

PERRUSSEL, Hôpital de la Manouba (Tunisie). — *28 mai 1931.*

PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — *28 novembre 1932.*

PICHARD, 11 *bis*, rue Vauquelin, Paris (V^e^). — *23 janvier 1933.*

PORC'HER (Yves-J.-M.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — *23 janvier 1933.*

POTEL, 57, rue du Port, Lorient (Morbihan). — *29 décembre 1923.*

PRINCE, Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — *25 février 1924.*

QUERCY, Asile Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — *23 décembre 1922.*

REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — *26 novembre 1923.*

RENAUX, Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — *31 mai 1920.*

REVERTÉGAT, 17, rue Rosée, Sannois (Seine-et-Oise). — *29 janvier 1906.*

RICHE (A.), 8, place des Victoires, Paris (II^e^). — *25 février 1905.*

ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII^e^). — *27 avril 1925.*

ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — *25 avril 1932.*

RONDEPIERRE (Jacques), 211, rue de la Convention, Paris (XV^e^). — *23 décembre 1932.*

ROUGÉ, Asile de Limoux (Aude). — *28 mai 1883.*

SCHAEFFER, 3, rue de Sfax, Paris (XVI^e^). — *22 décembre 1930.*

SCHIFF, 14, rue César-Franck, Paris (XV^e^). — *22 décembre 1930.*

SIZARET (J.), 13, boulevard Porée, Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine). — *27 février 1905.*

TRIVAS, Asile de Niort (Deux-Sèvres). — *25 avril 1932.*

VERNET (Georges), Asile de Beauregard, Bourges (Cher). — *28 novembre 1904.*

VIAN, 49, rue Pastorelli, Nice (A.-M.). — *28 juin 1920.*

VIÉ, Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — *22 décembre 1930.*

VIGNERON D'HEUCQUEVILLE (G.), Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — *23 janvier 1933.*

VILLEY-DESMESERETS, 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e^). — *23 février 1931.*

VOIVENEL, 18, rue de la Dalbade, Toulouse (Haute-Garonne). — *28 juillet 1913.*

M^lle^ WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII^e^). — *22 décembre 1930.*

Membres associés étrangers (152)

Amérique (Etats-Unis d')

Mme Alexander (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — *25 mars 1912.*

MM. Blumer (George-Alder), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — *30 octobre 1899.*

Briggs (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — *27 novembe 1916.*

Brush (Edward-N.), Superintendent Emeritus Sheppard and Enoch Pratt Hospital, 2012 Greenberry Road, Mt. Washington, Baltimore (Maryland). — *30 juin 1912.*

Burr (C.-B.), The Durant, Flint (Michigan). — *27 novembre 1899.*

Campbell (C.-Macfie), Director Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — *28 mai 1931.*

Farnell (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island), — *30 novembre 1925.*

Gordon (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — *22 février 1909.*

Greene (Ransom-A.), Superintendent Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — *28 mai 1931.*

Hall (David-G.), 429, Olive Street, Dallas (Texas). — *23 mai 1887.*

Kiernan (Jas.-G.), 103, State Street, Chicago. — *25 novembre 1895.*

Mann (Edward), 801, Madison Avenue, New-York. — *31 décembre 1895.*

Mlle Robinovitch (Louise-G.), Golden (Colorado). — *30 octobre 1899.*

MM. Rosanoff (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — *28 mai 1931.*

Thom (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — *28 novembre 1927.*

Argentine (République)

MM. Delfino (Victor), Buenos-Aires. — *22 mars 1910.*

Gorriti (Fernando), 945, Bulnes, Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

López (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

Pinero (Hector-M.), Secrétario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — *23 février 1931.*

Rojas (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — *26 janvier 1932.*

Autriche

M. Wagner-Jauregg, Professeur, 18, Mandesgerichtsstr, Vienne. — *27 avril 1931.*

Belgique

MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles. — *30 mai 1929.*

D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — *25 novembre 1907.*

DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — *26 février 1900.*

FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liége. — *31 décembre 1894.*

HOEDEMAKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — *29 décembre 1921.*

HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — *25 novembre 1918.*

LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle-lès-Bruxelles. — *29 mai 1922.*

LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liége. — *25 avril 1932.*

MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — *29 février 1904.*

SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — *30 octobre 1899.*

Mme VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — *30 mai 1929.*

MM. VERMEYLEN (G.), Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue St-Bernard, Bruxelles. — *28 février 1921.*

VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lès-Bruxelles. — *30 mai 1929.*

VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — *26 février 1900.*

Brésil

MM. MOREIRA (Juliano), Directeur de l'Hospice national des aliénés, Rio-de-Janeiro. — *25 novembre 1907.*

OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — *22 juin 1931.*

PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — *22 juin 1931.*

PEIXOTO (Afranio), Professeur de médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — *29 février 1904.*

ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — *24 décembre 1906.*

ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — *26 mai 1924.*

SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — *11 novembre 1889.*

VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — *27 avril 1931.*

Grande-Bretagne

Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — *26 janvier 1931.*

M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, west Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — *28 novembre 1927.*

Sir Bond (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Westminster, London S. W. — *30 mai 1926.*

MM. Bruce (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — *28 novembre 1927.*

Chambers (James), The Priory, Roehampton (England). — *25 mai 1912.*

Sir Crichton-Browne (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — *31 octobre 1881.*

MM. Goodall (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — *30 juin 1902.*

Gordon (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — *29 mai 1922.*

Marr (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — *30 mai 1927.*

MM. Ross (Donald), Argyll and Bute Asylum. Lochgilphead, Argyll (Scotland). — *30 mai 1927.*

Rutherford (James), Brislington House, Bristol (England). — *31 octobre 1881.*

Smith (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — *24 juin 1895.*

Worth (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — *28 novembre 1927.*

Canada

MM. Caron (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — *26 janvier 1932.*

Chagnon, Médecin de l'Hôtel de Ville, département de la Santé, Montréal. — *27 mars 1899.*

Desloges (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, St-Gabriel, Montréal. — *30 mars 1931.*

Devlin, ancien Surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — *30 mars 1931.*

Larivière (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — *27 juin 1932.*

Lefebvre de Bellefeuille (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — *30 mars 1931.*

Miller (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastaï, Québec. — *27 juin 1927.*

Noël (Omer), Surintendant médical, Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — *30 janvier 1928.*

Plouffe (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — *30 janvier 1928.*

Roy (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital St-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — *30 mars 1931.*

Chili

MM. Beca (Manuel), casa de Crates, Santiago. — *29 mars 1897.*

Fontecilla (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — *28 mai 1931.*

Cuba

M. Valdes Anciano (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — *28 novembre 1910.*

Danemark

MM. Christiansen (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerupt, Copenhague. — *28 juin 1926.*

Wimmer (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Copenhague. — *28 février 1918.*

Egypte

M. Hadges, Le Caire. — *11 novembre 1889.*

Espagne

MM. Alvarez y G. Salazar, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — *28 mai 1931.*

Bravo y Moreno (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — *25 juillet 1910.*

Gimeno-Riera (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — *30 mai 1910.*

Irigoyen (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — *23 novembre 1909.*

Rodriguez-Arias (Belarmino), Médecin titulaire de la Clinique psychiatrique municipale, Médecin-directeur de la Maison de Santé de S. Baudilio de Llobregat, via Augusta, 61, Barcelone. — *26 mars 1923.*

Vives (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — *26 juillet 1921.*

Esthonie

M. Puusepp (Louis), Professeur à l'Université Karlova 30, à Tartu. — *30 mai 1927.*

Grèce

MM. Catsaras (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — *25 octobre 1886.*

Mitaftis (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — *30 octobre 1889.*

Triantaphyllos (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — *30 mars 1931.*

Vlavianos, Professeur agrégé à l'Université, 45, rue du Stade, Athènes. — *25 mai 1912.*

Yanniris, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — *28 mai 1900.*

Hollande

MM. Bouman (L.), Professeur à l'Université d'Utrecht. — *30 mai 1927.*

Van der Scheer, Professeur à l'Université de Groningen. — *22 février 1932.*

Italie

MM. Alberti (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — *30 décembre 1907.*

Antonini (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — *27 juin 1904.*

Baccelli (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — *20 février 1914.*

Boschi (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — *29 décembre 1913.*

Cappelletti (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — *28 mai 1906.*

Cascella (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — *30 mars 1896.*

Cazzamalli (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — *20 février 1911.*

Del Greco (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — *27 juillet 1903.*

Donaggio (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. — *28 mai 1931.*

d'Ormea (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — *29 juin 1908.*

Fornaca (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — *30 novembre 1908.*

Gualino (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — *29 juin 1914.*

Lambranzi (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — *13 juillet 1906.*

Lévi-Bianchini (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — *27 mars 1916.*

Lucangeli (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — *31 juillet 1911.*

Maggiotto (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. — *29 janvier 1912.*

Maragnani (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — *27 juillet 1914.*

Medea (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — *28 juillet 1902.*

Muggia (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. — *25 novembre 1907.*

Padovani (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. — *20 février 1914.*

Riva (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — *27 mars 1882.*

Ruata (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — *24 juin 1912.*

Salerni (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — *27 mars 1911.*

Sante de Sanctis, Professeur de clinique neuro-psychiatrique à l'Université, 83, via Terme di Diocleziano, Rome. — *29 mars 1897.*

Saporito (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. — *19 décembre 1904.*

Seppilli (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. — *27 mars 1882.*

MM. Tambroni (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — *28 avril 1902.*

Tamburini (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — *17 mai 1916.*

Norvège

MM. Evensen (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. — *29 avril 1907.*

Tidemand-Johanessen, Oslo. — *25 avril 1921.*

Pologne

MM. Orzechowski (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place de Napoléon, Varsovie. — *22 juin 1931.*

Schmiergeld, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — *29 juin 1908.*

Portugal

MM. Bahia (Junior), Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — *30 mars 1931.*

Bettencourt (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — *25 juillet 1887.*

Martins (Lopès), Professeur à l'Université, Porto. — *29 juillet 1908.*

Roumanie

MM. Dimolescu (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 2 *bis*, rue de la Mélodie. — *23 mai 1932.*

Padeano, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — *23 mai 1932.*

Parhon (C.-I.), Professeur à l'Université de Jassy, 3, rue Lutérane, Bucarest. — *26 janvier 1931.*

Paulian (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armeneascã, Bucarest. — *26 janvier 1931.*

Pitulesco (Pierre), 2, Strada Episcopiei, Bucarest. — *27 avril 1931.*

Stanesco (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — *24 octobre 1932.*

Urechia (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — *30 mars 1931.*

Suède

M. Kinberg (Olaf), Professeur, Saltsjöbaden. — *28 mai 1931.*

Suisse

MM. Bersot (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — *27 décembre 1926.*

Boven (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — *31 octobre 1927.*

Flournoy (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — *27 novembre 1922.*

MM. Forel (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — *23 novembre 1930.*

Ladame (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile de Bel-Air, Genève. — *26 février 1912.*

Martin (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — *26 février 1895.*

Naville (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — *30 juin 1930.*

Repond (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — *28 novembre 1927.*

de Saussure (Raymond), privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — *25 mars 1929.*

Weber (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — *23 février 1931.*

Tchécoslovaquie

MM. Haskovec (Ladislas), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezibranská, Prague. — *27 mars 1905.*

Sebek (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — *23 décembre 1932.*

Stucklik (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — *31 octobre 1921.*

Turquie

MM. Conos (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — *26 janvier 1931.*

Mazhar (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés de Constantinople. — *28 mai 1931.*

Zimalakis, Médecin-chef des hôpitaux grecs de Constantinople. — *28 avril 1913.*

U. R. S. S.

MM. Choroschko, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — *30 mai 1927.*

Jouchtchenko (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — *28 juillet 1913.*

Tretiakoff, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — *25 octobre 1916.*

Uruguay

MM. Etchepare (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — *24 mai 1909.*

Rossi (Santin-Carlos), Professor de Clinica Psiquiatrica, 1296, Ibicuy, Montevideo. — *30 mars 1931.*

Sicco (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — *30 mars 1931.*

Yougoslavie

M. Médakovitch (Georges), 1, rue Cabanis, Paris XIV^{e}. — *26 janvier 1931.*

Séance du Jeudi 12 Janvier 1933

Présidence : MM. Georges DUMAS, président

et Roger MIGNOT, vice-président

PRÉSENTATIONS

Symptôme et syndrome pupillaire de la démence précoce,

par MM. X. Abély et Trillot.

Les troubles pupillaires de la démence précoce avaient fait, avant la guerre, l'objet de nombreux travaux : ce sont les études bien connues de Mignot, de Sérieux et Masselon, en France; de Bach, de Bumke, de Rünge, de Hubner, en Allemagne. Il semblait résulter de ces publications que ces troubles n'offraient rien de bien net et de bien spécifique. Depuis quelques années, ces recherches ont été quelque peu négligées. Nous avons repris cette étude, du moins partiellement, en la faisant porter surtout sur le réflexe photo-moteur.

Parmi les particularités observées, nous avons surtout remarqué, dans la démence précoce, un symptôme qui paraît fréquent, mais qui n'est pas absolument spécial à cette maladie et qui consiste essentiellement dans le phénomène suivant : la pupille, sous l'influence d'une excitation lumineuse assez forte se contracte comme chez le sujet normal mais reprend avec une grande rapidité, sa dimension primitive.

Ce signe, que nous décrirons tout à l'heure avec plus de détails, ne doit pas être confondu avec deux autres symptômes en apparence assez voisins : l'hippus et le réflexe paradoxal.

L'hippus consiste en une série de mouvements iriens alternatifs de contraction et de dilatation, et qui se produisent en l'absence de toute excitation lumineuse, c'est-à-dire au cours d'un éclairage constant, la lumière du jour, par exemple. L'hippus est d'ailleurs un phénomène normal dû à la sensibilité

de l'appareil régulateur irien, soumis à de minimes excitations incessantes. Il ne devient pathologique que lorsqu'il prend une amplitude et une variabilité exagérées. Ce symptôme, sous sa forme pathologique, a été souvent étudié en Allemagne, parallèlement à l'étude des réactions pupillaires provoquées par des excitations sensitives et psychiques. Les auteurs varient d'ailleurs beaucoup, non seulement au sujet de son interprétation, mais même au sujet de sa fréquence dans les maladies mentales et en particulier, dans la démence précoce. L'opinion prévalente est celle de Bünke qui note, dans la grande majorité des cas de démence précoce, l'absence de cette instabilité, de ces oscillations pupillaires et le défaut de réaction aux influences douloureuses et émotionnelles. Il nous est difficile de nous prononcer sur ce point, car il ne semble pas y avoir de règle générale, mais nous tendons à nous rallier à l'opinion de Bünke. Il y a là, en tout cas, un fait intéressant à retenir. Quoique il en soit, l'hippus est différent du réflexe que nous décrivons, car ce dernier ne s'observe que sous l'influence d'une variation d'intensité lumineuse.

Quant au réflexe paradoxal, il consiste en une réaction pupillaire de sens inverse de la réaction normale : il y a dilatation pupillaire dans la vision des objets rapprochés et dans l'excitation lumineuse. Dans le réflexe paradoxal, le trouble porte souvent sur les deux modes d'accommodation. Dans notre réflexe, l'accommodation à la distance est exceptionnellement troublée. De plus, dans le réflexe paradoxal, la seule réaction observée est la réaction opposée à la normale. Dans notre réflexe, la dilatation pupillaire n'est que secondaire, elle est précédée de la réaction myotique ordinaire. On a décrit, il est vrai, une réaction paradoxale avec un rudiment initial de constriction; mais il n'y a toujours là qu'une ébauche peu perceptible. Le réflexe paradoxal, qui a été fort bien étudié, s'observerait, le plus souvent, dans la syphilis nerveuse, elle serait même un stade initial ou régénératif, d'après Bechterev. d'une lésion du centre irien pédonculaire (centre de la 3e paire) aboutissant à une inertie pupillaire totale. Ces notions étiologiques ne sauraient convenir aux cas que nous avons observés.

Ces distinctions étant établies, étudions avec quelques détails notre signe de réaction pupillaire double.

Il nous paraît cependant utile de décrire, auparavant, le phénomène pupillaire photo-moteur chez l'homme normal. Dire que ce réflexe consiste en une contraction pupillaire, en un myosis, ne représente qu'une approximation rudimentaire qui ne tient

pas compte des nuances. La succession plus exacte des faits est la suivante : on observe tout d'abord une légère dilatation, qui a été décrite par Négro et Byrne, sous le nom de photo-réaction prémyotique, due à une légère inhibition momentanée de l'appareil irrido-constricteur. Puis, le myosis se produit, mais il n'est pas fixe d'emblée: il y a une série de petites constrictions et dilatations iriennes très souples qui représentent une adaptation à l'intensité lumineuse. Il ne faut pas confondre ces oscillations avec celles de l'hippus, qui ne se produisent que lorsque l'intensité lumineuse reste constante. On peut voir enfin, sous l'influence d'une lumière trop prolongée, la pupille revenir en légère mydriase par suite de la fatigue du centre irrido-constricteur. Chez les sujets normaux, nous n'avons toutefois jamais observé le signe rencontré chez les déments précoces, la pupille se fixe presque aussitôt en myosis.

Que voyons-nous maintenant dans la démence précoce ? Tout d'abord nous notons, bien que cette phase soit assez difficile à observer, la présence fréquente de la photo-réaction prémyotique. Puis la pupille se contracte franchement, comme une pupille normale. Mais immédiatement après apparaît la phase pathologique. La pupille revient brusquement en mydriase et s'immobilise dans cette position. Cette mydriase est presque équivalente à la mydriase primitive et parfois même la dépasse. Souvent cette dilatation secondaire n'est atteinte qu'après quelques alternances de contraction et de dilatation d'allure brusque et saccadée fort différente de la souplesse d'adaptation normale.

Il ne faut pas confondre ce phénomène avec celui qu'on observe chez les déséquilibrés amphotropes du système neuro-végétatif (hyperémotifs, hyperaffectifs) : les oscillations pupillaires sont ici plus intenses qu'à l'état normal, mais se montrent d'une mobilité extrême et égale dans les deux sens ; elles se terminent d'ailleurs par une immobilisation en myosis. Chez les déments précoces, on a l'impression que l'appareil constricteur fait de vains efforts, qu'à tout instant l'appareil dilatateur l'emporte et sera finalement vainqueur. On constate donc un défaut de malléabilité, de spasticité de cet appareil irridodilatateur, ou plus exactement, une hypertonie de la musculature ou du système nerveux qui préside à cette fonction. Kræpelin, dans son traité, constate avec Westphal, qu'il y a, dans la démence précoce, des contractures de la musculature de l'iris. Cette hypertonie entraîne des phénomènes secondaires par la gêne motrice qu'elle provoque. Peut-être

faut-il expliquer ainsi ces défauts de plasticité que représente l'absence de l'hippus et aussi le défaut de réaction à la douleur et à l'émotion. Dans certains cas même, ce trouble apporte une gêne dans l'exercice du réflexe accommodateur. Il est rare, par contre, qu'on observe dans le réflexe d'adaptation à la distance le double phénomène myomydriatique que nous décrivons.

Notre réflexe s'observe, quel que soit l'état antérieur de la pupille. Mais il est bien certain qu'il est favorisé par la mydriase que l'on observe si souvent chez les déments précoces et qu'il apparaît beaucoup plus net dans ces conditions. Notons que, dans quelques cas, nous avons vu ce symptôme unilatéral.

Si l'on suit ce signe dans le temps, au cours de la maladie, on constate souvent des variations considérables. Il se montre fréquemment mobile, inconstant. Parfois, au contraire, il persiste durant de très longues périodes. Il possède en cela, d'ailleurs, un des caractères les plus généraux de la plupart des symptômes schizophréniques.

Signalons enfin que, pour la recherche de ce réflexe, certaines conditions de technique sont nécessaires. Il doit être observé dans l'obscurité, à l'aide d'une source lumineuse assez intense, l'œil du malade doit rester immobile.

Ce symptôme se rencontre-t-il plus particulièrement dans certains types de démence précoce ? Il nous paraît peut-être plus fréquent dans la forme catatonique, mais on peut le rencontrer dans n'importe quelle forme. Il est rare, il est vrai, de ne pas le voir associé à quelqu'autre symptôme psycho-moteur.

Quelle est sa fréquence dans la démence précoce, en général ? Nous devons reconnaître qu'il est impossible de fournir un pourcentage prétendant à quelque exactitude. L'examen du réflexe photo-moteur de ces malades est extrêmement difficile parce qu'on se heurte à chaque instant à leur inertie et plus souvent encore à leur négativisme. Sur un lot donné de malades, le nombre des échecs est considérable. Chez les déments précoces que nous avons examinés, ce symptôme nous a paru très fréquent.

Ce signe est-il spécial à la démence précoce ? Chez l'homme normal, il n'existe pas ; il est rare, chez les nombreux malades mentaux ou neurologiques que nous avons examinés ; Nous l'avons cependant rencontré, bien que moins net dans les cas suivants : On le note dans des états confusionnels ; nous signalerons qu'il est peut-être parfois d'un fâcheux pronostic. Nous connaissons un cas de ce genre de confusion qui s'est terminé par une démence : une de nos malades est entrée dans la schizo-

phrénie par la voie de l'encéphalite létargique. Il serait intéressant de rechercher ce symptôme dans cette maladie à sa période aiguë. On l'observe encore dans certains états anxieux. On le rencontre enfin dans des états sympathicotoniques francs ; nous l'avons vu dans un cas de maladie de Basedow.

Nous avons essayé de déterminer ensuite le mécanisme de ce phénomène. La clinique nous donnait déjà d'intéressantes indications. Nous nous sommes adressés aussi aux épreuves pharmaco-dynamiques comparant chaque fois leur action sur nos malades et sur l'homme normal. Une constatation est tout d'abord à retenir : c'est la concordance fréquente de notre réflexe avec une mydriase antérieure. Il nous a paru cependant que, si la mydriase favorise le phénomène, elle n'en est pas la condition essentielle. En effet, le réflexe peut exister, bien que moins net, avec une dilatation très relative. D'autre part, la création artificielle d'une mydriase chez l'homme normal par l'instillation d'une ou deux gouttes d'atropine et par l'observation du résultat avant la période d'inertie pupillaire, ne donne pas exactement notre réflexe mais plutôt un pur réflexe paradoxal.

Retenons cependant la fréquence de cette mydriase et essayons d'en rechercher la cause. S'agit-il d'une libération du tonus dilatateur par inhibition de la musculature constrictive ou d'une hypertonicité du muscle dilatateur, autrement dit, s'agit-il d'une mydriase paralytique ou d'une mydriase spasmodique ?

Nous ne croyons pas qu'il y ait ici une paralysie du moteur oculaire commun puisque la construction de la pupille s'effectue normalement sous l'influence de la lumière tandis qu'une lésion de la troisième paire s'accompagne de l'abolition totale du réflexe photo-moteur. Fry a cependant décrit des oscillations pupillaires au début de la paralysie du moteur oculaire commun. Il pourrait donc s'agir ici, tout au plus, d'une parésie de ce système.

Il est beaucoup plus probable que nous avons à faire à une mydriase par spasmes de l'irridodilatateur, par hypertonus du sympathique. Les épreuves pharmacodynamiques plaident en faveur de cette pathogénie. L'instillation d'une ou deux gouttes d'adrénaline, excitatrice du sympathique, qui ne détermine chez l'individu normal aucune réaction dilatatrice, provoque, chez nos malades, une augmentation de la mydriase et rend plus net le phénomène que nous décrivons (les oscillations sont moins apparentes, le retour à la mydriase est plus rapide). L'ésérine (en instillation) au contraire, au début de son action, tend à rendre normal le réflexe photo-moteur. L'atropine (en instillation)

tout au début de son action, modifie notre réflexe mais plutôt dans le sens de la réaction paradoxale.

Il semblerait donc que notre symptôme réponde à un état d'excitabilité sympathique. La clinique nous a déjà montré qu'en dehors de la démence précoce, on peut le rencontrer dans des états sympathicotoniques. Mais des éléments concomitants, cliniques ou expérimentaux vont nous permettre de découvrir d'intéressantes indications pathogéniques et diagnostiques. En effet, dans les états sympathicotoniques, où nous avons observé ce phénomène, les réactions sympathicotoniques étaient multiples et généralisées. Il n'en est plus de même dans la démence précoce. Chez les premiers, le réflexe solaire est très marqué ; les excitations sensitives et les émotions provoquent un réflexe mydriatique; l'injection d'adrénaline en plus de la mydriase donne de la tachycardie et de l'élévation de la pression artérielle. Il y a, chez ces malades, plus d'instabilité pupillaire, moins de défaut de malléabilité que dans la démence précoce.

Chez la plupart des déments précoces, les réactions sympathicotoniques précédentes sont négatives ou à peine marquées. Tinel, Santenoise et d'autres auteurs après eux ont montré que, non seulement le réflexe solaire est à peu près nul chez ces malades, mais aussi que les agents pharmacodynamiques, adrénaline, ésérine, atropine, même employés à haute dose, sont incapables de déterminer une excitabilité du système neuro-végétatif. Nos expériences nous ont confirmé cette constatation en nous permettant même d'observer leur faible degré d'action sur la pupille et sur la modification de notre réflexe. Il y a là une curieuse opposition entre l'action locale de ces agents sous forme d'instillation et leur défaut d'action générale sous forme d'injection sous-cutanée. De même, les excitations douloureuses périphériques ne provoquent pas, en général, d'augmentation de la mydriase. Les excitations émotives sont difficiles à rechercher chez les déments précoces. Dans leurs accès d'anxiété spontanée, on peut observer de la dilatation pupillaire, mais qu'il est difficile de différencier de la mydriase habituelle. Il semble bien que les communications avec les centres pupillaires soient rompues aussi bien pour les centres psychiques que pour les centres sensitifs. Or, il est admis par beaucoup que ces excitations diverses parviennent à la pupille par la voie du sympathique.

En somme, il s'agit, dans la plupart des cas de démence précoce, non pas d'une sympathicotonie généralisée, mais d'une sympathicotonie très localisée puisque n'affectant que le système sympathique moteur pupillaire. Sans vouloir nous lancer

dans des hypothèses pathogéniques trop hasardées, nous pensons que cet isolement du centre dilatateur pupillaire et de ses voies centrifuges pourrait s'expliquer par une suppression de cette inhibition qu'exercent normalement les centres cérébraux supérieurs, cette rupture restant d'ailleurs fonctionnelle et variable. On pourrait rapprocher, peut-être, ce mécanisme de celui invoqué dans certains états d'extase, toutes réserves faites sur la réalité de ces derniers phénomènes : dans ces états, en effet, on a décrit une mydriase associée à une insensibilité à toute excitation émotionnelle et douloureuse.

Il y a du moins une intéressante remarque à tirer de ces considérations, tant cliniques que pathogéniques. C'est qu'il y a, entre les phénomènes iriens que nous décrivons et les phénomènes musculaires généraux de contracture, de catalepsie, observés chez les déments précoces catatoniques, une singulière analogie. Nous ne sommes donc pas loin de voir, dans ces symptômes iriens, un signe catatonique. Ils en ont tous les caractères : l'hypertonie, le défaut de décontraction, la gêne qu'ils apportent aux autres mouvements en même temps que le défaut de malléabilité, enfin la variabilité. Il n'est pas jusqu'aux hypothèses pathogéniques même qui ne puissent être comparées. L'intérêt que présenterait cette assimilation, si elle pouvait être confirmée, serait de nous mettre en présence d'un signe catatonique indépendant de la volonté, n'appartenant pas à la musculature et au système nerveux volontaire. Elle montrerait la possibilité d'autres signes catatoniques d'origine neuro-végétative, notamment de certains spasmes observés chez les déments précoces.

Un dernier problème qui pourrait être soulevé est le suivant : pourquoi l'appareil nerveux sympathique irien est-il plus spécialement touché que le système irien du moteur oculaire commun ? La lecture de travaux physiologiques, notamment l'importante étude Fröderstrom pourrait nous conduire à une interprétation dont la justification dépasse notre compétence : il y aurait entre les deux systèmes iriens, celui du sympathique et celui du moteur oculaire commun, non pas tant un grossier antagonisme moteur, mais une différenciation fonctionnelle délicate. Le moteur oculaire commun serait essentiellement lié à la fonction sensorielle visuelle. Le sympathique aurait surtout une fonction de défense et de protection en face des dangers révélés par les états douloureux sensitifs ou psychiques. Ils présideraient au rôle d'esthésiomètre que joue la pupille. N'est-ce pas cette absence de réaction, en présence des dangers organiques ou cérébraux, cette sorte d'apragmatisme qui représente un des traits les plus

marquants de la démence précoce, tandis que les troubles purement sensoriels y sont peu marqués.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses pathogéniques, nous croyons que l'on peut retenir, de notre étude, la conclusion suivante : lorsqu'on trouve, chez un malade mental, la mydriase, le réflexe spécial que nous avons décrit, la sensibilité pupillaire aux agents pharmacodynamiques sous forme d'instillation, tous symptômes positifs et de même signification associés aux symptômes négatifs suivants : défaut des réflexes solaires, absence de réactions générales et faiblesse des réactions pupillaires aux agents pharmacodynamiques sous forme d'injection, absence des réactions pupillaires aux excitations sensitives et psychiques, il y a là un syndrome pupillaire qui est peut-être pathognomonique de la démence précoce.

Accès de phobie chez une maniaque périodique,

par MM. J. Capgras, E. Joaki et René Thuillier.

Les rapports des états psychasthéniques avec la psychose intermittente ont attiré l'attention d'un grand nombre d'auteurs. Nous avons l'honneur de présenter à votre Société une malade, dont l'histoire montre une intrication de symptômes psychasthéniques avec une psychose maniaco-dépressive des plus caractérisées.

Mlle Gabrielle S., 40 ans, téléphoniste aux P. T. T., est entrée dans le service le 29 novembre 1932, venant de l'hôpital Henri-Rousselle. Voici la manière habituelle de se présenter de cette malade. Debout ou assise au bord de son lit découvert, elle refuse de se coucher prétextant que ses draps sont pollués de maintes taches d'urine. Elle montre les taches qui en réalité n'existent pas. Elle avoue se retenir d'uriner, le plus longtemps possible, de peur de se souiller d'urine. Elle voit de l'urine partout, sur les boutons des portes, les barres des lits, la vaisselle, la nourriture. Tout ce qui a pu être touché par une malade ou une infirmière est souillé d'urine. Elle craint aussi bien le contact de sa propre urine que celui de l'urine des autres. Si on la laissait libre, elle resterait indéfiniment à se laver les mains. Elle le fait pourtant largement, chaque fois qu'elle va au cabinet ; mais malgré toutes les précautions prises, elle croit toujours que quelques gouttes d'urine se sont égarées sur sa chemise et son corps.

Lorsqu'on est obligé de conduire cette malade aux bains, on détermine chez elle une opposition franche d'abord, une crise d'angoisse

ensuite. L'eau du bain est évidemment souillée d'urine puisqu'elle baigne ses organes génitaux. Prendre un bain est contraire à toute propreté, puisque l'urine entre ainsi en contact avec toutes les parties du corps. A peine sortie de l'eau elle bondit au lavabo et se relave minutieusement en détail, région par région ; puis à peine couchée, elle se relève encore pour retourner se laver les mains qui ont été salies par le contact des draps. De retour à son lit elle se tient raide, les mains en l'air hors des draps. Se lève-t-elle de nouveau ? Elle avance les mains écartées évitant tout contact, tel un prêtre qui officie, un chirurgien qui s'apprête à opérer. Si on l'empêche de se laver on détermine chez elle une angoisse plus aiguë ; si on lui refuse de l'eau, elle crache sur ses mains pour les débarrasser de l'urine qui les souille. La malade nous apprend en plus que très pieuse, retournant souvent, jusqu'à six fois chez son confesseur, avant de communier, elle se montre également très tourmentée des questions sexuelles. Apparemment pudibonde et d'un conformisme exagéré, elle fait preuve d'un intérêt manifeste dès qu'on touche ces questions. Elle avoue qu'elle arrivait très difficilement à refouler des besoins toujours renaissants, se lamente de ne pas être mariée. Elle a présenté des obsessions sexuelles, telles que l'imagination d'un membre viril en érection et même, par périodes, l'obsession que la viande qu'elle mangeait était de la chair de verge. Nous n'entrerons pas dans les détails de ses obsessions sexuelles, ce qu'elle appelle « ses curiosités malsaines » et qui, depuis l'adolescence, n'ont laissé que de courts répits à cette femme.

Lucide, bien orientée, polie, la malade recherche les visites fréquentes du médecin et se dit toujours un peu soulagée après une longue conversation. Elle se montre actuellement partiellement consciente de la morbidité de son état, cherche à s'en convaincre, écoute avec attention la démonstration qu'on lui en fait et retombe aussitôt dans ses pratiques. L'examen physique est absolument négatif. L'examen biologique montre une albuminose isolée de 0 gr. 55. Pas d'hérédité vésanique.

*
**

Or, cette malade a déjà été internée à plusieurs reprises et voici les certificats de ces internements :

1914. — Certificat immédiat : « Excitation maniaque. Désordre dans les idées et les actes. Loquacité. Propos incohérents. » Signé : *M. Briand.*

Au certificat de quinzaine, le Dr Legrain donne le même diagnostic.

1919. — Certificat immédiat : « Excitation maniaque. Cris, rires, chants, danses. Fuite des idées. Désordre des actes. Bris d'objets. » Signé : *Dr Logre.*

Au certificat de quinzaine, le Dr Legrain écrit : « Psychose intermittente. Etat maniaque en voie d'amélioration. »

1927. — Certificat immédiat : « Psychose périodique avec excitation psychique. Idées confuses de persécution. Agitation passagère. » Signé : *Dr Sérieux.*

Aux certificats de quinzaine et de sortie, le Dr Trénel confirme ce même diagnostic.

1931. — Certificat d'entrée : « Excitation psychique atypique. Hypertonie. Loquacité. Vagues idées délirantes d'influence. Excitation. Turbulence. Chants religieux. Fond de débilité mentale. Légère exophtalmie. » Signé : *Heuyer.*

Certificat de quinzaine : « Psychose périodique. Etat dépressif. Interprétations. Préoccupations d'ordre génital. Inertie. » Signé : *Trénel.*

Les Drs Dupouy et Courtois signalent dans leurs certificats de novembre 1932 l'état dépressif avec les préoccupations obsédantes, la phobie spéciale de l'urine et des idées de suicide secondaires aux idées obsédantes.

*
**

Notre malade se présente donc actuellement comme une déprimée à idée obsédante prévalente. La phobie de l'urine absorbe toute la vie psychique de cette malade qui s'y acharne avec toute sa conscience, et toute lutte se montre inopérante. L'interrogatoire nous a révélé que la malade a toujours été inquiète, chercheuse de perfection, douteuse, très méticuleuse dans son travail, scrupuleuse à l'excès. Elle aurait présenté par périodes, et au cours de ces dernières années, des obsessions verbales incoercibles, à forme sacrilège. La crainte de la saleté prenait de temps en temps un caractère plus aigu sans avoir jamais entravé, jusqu'ici, l'activité professionnelle de la malade. Au cours de ses accès de manie périodique elle n'y pensait aucunement. Ce n'est qu'au moment de la disparition de l'agitation et avant la reprise de son travail que l'idée avait tendance à s'installer avec un caractère obsessif. Le contenu de la phobie était d'abord indéterminé. Tout ce qui avait pu être touché par des mains suspectes lui paraissait sale. C'est au cours de ces derniers mois seulement qu'elle redoute spécialement, et presque uniquement, ce qui a pu être en contact direct ou indirect avec l'urine. Nous n'avons pu saisir aucun choc émotif particulier qui aurait pu fixer la phobie dans son object restreint actuel. Mais notre attention a été attirée à ce sujet sur un point particulier. La malade avoue s'être livrée, entre juin 1931 et septembre 1932, à des excès masturbatoires qu'elle avait depuis longtemps abandonnés. Elle s'est brusquement décidée à s'en abstenir et en a fait le vœu. La phobie spéciale de l'urine a peu après fait son apparition. On pourrait supposer que l'impératif moral, ne possédant pas une énergie psychique suffisante pour empêcher l'acte, s'est transmué en prohibition phobique.

*
**

Les rapports des états dits psychasthéniques avec la mélancolie intermittente sont connus depuis longtemps. La périodicité dans l'apparition des manifestations paroxystiques de la psychasthénie a incité certains auteurs à confondre ces deux états cliniques en une seule entité nosographique. Deny et Paul Camus écrivaient, en critiquant la notion d'une neurasthénie cyclique, « qu'il n'existe, en réalité, aucune ligne de démarcation entre cette variété de neurasthénie et les formes légères et atténuées de la véritable folie circulaire ». Au congrès de Nantes, Deny et René Charpentier ont communiqué des observations d'obsessions typiques coïncidant avec un état dépressif et même, dans un cas, avec un état hypomaniaque. Plusieurs auteurs ayant pris la parole à propos de cette communication ont insisté sur la fréquence des états obsédants au cours de la mélancolie périodique. Les liens de parenté semblent en effet indiscutables et les formes de transition fréquentes. Notre cas nous semble particulièrement démonstratif par la coexistence chez la même malade d'une manie périodique franche, avec un fond psychasthénique ayant abouti actuellement à un état paroxystique de phobie caractérisée qui a nécessité, cette fois, l'internement.

Cette malade pose donc encore une fois la question des rapports de la psychasthénie avec les psychoses périodiques. Si on écarte l'hypothèse facile d'une association fortuite, on doit admettre que ces deux entités cliniques présentent des affinités étiologiques évidentes.

M. Lévy-Valensi. — Les cas qui légitiment l'assimilation de la psychasthénie et de la psychose périodique, comme celui qu'on vient de nous présenter sont assez fréquents. Je puis citer par exemple celui d'un jeune homme dans la famille duquel plusieurs membres sont cyclothymiques et qui ayant présenté lui-même plusieurs accès à double forme, fit, à la suite d'une blennorhagie, un véritable accès de folie du toucher, par phobie de la blennorhagie, avec port de gant préventif, usage d'une seule main plus méticuleusement tenue propre que l'autre pour prendre ses repas, et quantité d'autres précautions saugrenues contre la contagion du gonocoque.

M. René Charpentier. — D'après les renseignements donnés par MM. Capgras, Joaki et Thuillier, dans leur intéressante communication, cette malade a toujours été, même dans l'intervalle des accès, une obsédée et une douteuse.

Je crois que, pour la discussion de l'origine commune de ces états, il faut distinguer deux ordres de faits.

Il est, d'une part, des cas comme celui-ci, dans lesquels des accès typiques de psychose périodique surviennent chez des obsédés constitutionnels. Je suis, depuis 17 ans, une malade qui fait chaque année plusieurs accès de mélancolie anxieuse intermittente et qui, dans l'intervalle des accès, et même dans les périodes d'hypomanie légère qu'elle présente souvent, reste toujours comme la malade qui vient de nous être présentée, une obsédée et une douteuse. Il y a là évidemment une association de la psychasthénie et de la psychose périodique.

D'autre part, on observe des cas dans lesquels des obsessions symptomatiques surviennent à l'occasion d'accès de psychose périodique et lors de ces accès seulement. Pour Régis, il s'agit là « d'idées obsédantes plutôt que d'obsessions, ou s'il est possible de parler de la sorte, d'obsession-symptôme plutôt que d'obsession-syndrome ». Gilbert Ballet enseignait que derrière les états d'obsession on méconnaît souvent la psychose périodique qui les conditionne. Il considérait la sitiomanie et la dipsomanie « comme dépendant d'habitude et peut-être toujours de la psychose périodique ».

La discussion peut s'engager différemment pour ces deux ordres de faits. L'obsession-symptôme conditionnée par des états de psychose périodique ne paraît pas niable. D'autre part, l'association de la psychose périodique et de la psychasthénie est un fait dont les auteurs viennent de nous présenter un nouvel exemple.

« Y a-t-il, écrivions-nous avec mon Maître G. Deny, dans la succession et dans l'alternance de ces états morbides une simple coïncidence, une association toute fortuite, ou bien, au contraire, ces états doivent-ils être envisagés comme des syndromes appartenant à une même entité clinique qui, tantôt se manifeste par des états obsédants, tantôt par des états de dépression ou d'excitation, simple ou délirante, tantôt enfin par l'association des premiers aux seconds montrant ainsi qu'il n'y a entre eux qu'une différence de degré et non de nature (1) ? » Tel est le problème nosologique.

Or, dans les deux ordres de faits on note une même origine constitutionnelle, une même évolution paroxystique, un même pronostic favorable en ce qui concerne les paroxysmes, grave en

(1) G. Deny et René Charpentier. — Obsession et Psychose maniaque dépressive. *Comptes Rendus de la XIX^e session du Congrès des aliénistes et neurologistes* (Nantes, 1909), p. 208.

ce qui concerne la maladie constitutionnelle sous-jacente. On note également l'alternance de crises d'obsession et d'états maniaques-dépressifs, parfois même la transformation d'états obsédants en états délirants, en états mélancoliques anxieux (Pierre Janet, Pitres et Régis), l'instabilité de l'humeur et l'existence de périodes d'hyperactivité à caractère hypomaniaque.

Il semble donc qu'on puisse conclure qu'un grand nombre d'états obsédants paroxystiques sont conditionnés par des états cyclothymiques.

De l'opportunité de l'application d'une peine à un ancien délinquant guéri d'une psychose émotionnelle, par M. Paul COURBON.

Ce cas est intéressant par le problème de médecine légale qu'il pose : de l'opportunité de l'application d'une peine à un délinquant guéri d'une psychose dans la genèse de laquelle la peur de cette peine a joué un rôle important.

Il s'agit d'une débile mentale qui, plus de deux ans après avoir injurié des agents, fut convoquée devant le tribunal pour rendre compte de ce délit et condamnée à 15 jours de prison. Cette convocation, jointe à des abus éthyliques, déclancha un accès délirant pour lequel on l'interna. Elle est guérie de cet accès, mais à sa sortie, elle doit subir sa peine, et le préfet de police, avant d'autoriser sa sortie de l'asile que j'ai proposée, demande si elle est en état d'aller en prison.

C'est une Bretonne très fruste et sans instruction de 40 ans. Femme d'un vidangeur et blanchisseuse, elle forme avec lui un humble ménage qui n'avait jusque là pas attiré l'attention publique. Ils avouent cependant boire beaucoup de vin et un peu d'alcool, ce qui explique l'irritabilité d'humeur qui causa leur mésaventure.

Un samedi soir d'août 1929, étant en motocyclette dans la rue de Rivoli, ils désobéirent à l'agent de la circulation, furent arrêtés et échangèrent avec lui d'orageuses explications.

Ils croyaient l'affaire terminée et avaient déménagé depuis, lorsqu'au mois de février 1932, des gendarmes appréhendèrent le mari à son travail lui annonçant que le tribunal les avait condamnés par défaut à un an de prison, mais qu'ils avaient encore la ressource de faire opposition.

Ils firent opposition, mais cet événement plongea la femme dans les plus vives inquiétudes. Elle ne cessait de penser à cette affaire, en parlait constamment, ne dormait plus. Ils furent jugés le 25 avril 1932 et la condamnation ramenée de 1 an à 15 jours de prison, qu'ils

devaient faire l'un après l'autre dans les 6 mois. Cette mansuétude n'améliora pas l'état mental de la femme qui passait les journées à gémir. En vain elle alla chercher le repos pendant 3 semaines chez ses parents en Bretagne. Elle en revint plus anxieuse, plus gémisseuse que jamais, négligeant son ménage et sa toilette, maigrissant toujours.

Le 26 août, elle eut cependant le courage d'accompagner son mari à la prison où elle comptait venir le remplacer 15 jours plus tard. Elle rentra chez elle, mais elle se mit à délirer tant et si bien que la propriétaire la conduisit, le 1er septembre 1932, chez le commissaire de police d'où on la transféra à l'infirmerie du Dépôt où fut rédigé le certificat d'internement que voici : « Débilité mentale. Dépression psychique. Méfiance. Anxiété. Pleurs. Idées d'auto-accusations. Elle a volé du linge. Demande l'indulgence. Mérite la prison. A voulu brûler ce linge pour faire disparaître la trace de ses fautes. Quelques idées de persécution. Insomnie. Tremblements des doigts. Menstruation irrégulière (Logre). »

A l'asile, elle fut pendant des mois dans un état d'anxiété délirante, s'accusant de sa faute officielle et de maintes autres, ne dormant pas, mangeant peu. Ce n'est que très lentement et progressivement qu'elle reprit le sommeil, l'appétit et l'embonpoint et que disparurent les idées délirantes.

Elle a depuis de nombreuses semaines recouvré sa validité mentale et physique. Elle reste très émotive. Elle garde sa méfiance de paysanne bretonne. Elle reconnaît avoir été folle. Elle accepte de retourner en prison quoique avec répugnance. Elle a hâte de reprendre sa vie conjugale, promettant de moins boire et de manifester plus de respect aux agents.

En somme, il s'est agi d'une bouffée délirante dans la production de laquelle l'âge, la débilité mentale, l'alcool, mais aussi les émotions agirent de conserve. Le rôle de celles-ci est évident d'après les renseignements de l'enquête : les troubles mentaux allèrent en progressant depuis l'annonce faite par les gendarmes d'une condamnation par défaut, jusqu'à l'incarcération du mari et d'après le contenu du délire : elle ne cessait de réclamer l'indulgence pour son insolence envers la police, disent les témoins, et elle essayait encore de se disculper à l'asile.

Aussi ai-je formulé le certificat de sortie de la façon suivante : « Bouffée délirante polymorphe éthylicoémotionnelle. Guérie. Peut être rendue à son mari qui la réclame. »

Ce à quoi la préfecture de police a répondu par cette interrogation : « Peut-elle faire sa prison ? »

Cette interrogation pose un problème de médecine légale dans lequel on peut distinguer deux questions : Est-ce que l'incarcération dont la crainte fut un agent provocateur de psychose peut,

après guérison, faire récidiver cette psychose ? — Est-ce que la possibilité de cette récidive doit suffire à dispenser le délinquant de l'incarcération à laquelle il a été condamné ?

La première question concernant l'éventualité d'une récidive d'une psychose émotionnelle sous l'influence de l'incarcération est de la compétence exclusive du médecin. Et c'est une vérité médicale banale que toutes les émotions déprimantes entravent la réadaptation sociale du psychopathe guéri et peuvent amener le retour de ses troubles mentaux. L'incarcération peut donc provoquer la récidive, mais ce n'est pas fatal.

La seconde question concernant l'exonération pénale du délinquant sous le prétexte que l'incarcération risque d'amener la récidive de la psychose dont il est guéri, n'est pas, à mon avis, de la compétence exclusive du médecin. Ici, entre en jeu des considérations juridiques et sociologiques qui ne sont pas de sa seule compétence.

Dans le cas particulier, je crois que l'abandon de la sanction serait sans inconvénient. Le délit est minime ; il remonte à plusieurs années ; l'internement a dépassé de beaucoup la durée de l'emprisonnement fixée par le jugement, le traitement aura eu une efficacité supérieure à la condamnation. Comme médecin traitant, je souhaite de tout cœur que l'intéressée soit graciée.

Mais les arguments précédents m'empêchent d'usurper sur les compétences étrangères, dans la réponse à la préfecture de police. Aussi ai-je cru la libeller ainsi : « Etant donné que l'émotion a été l'un des facteur étiologiques de la psychose, il est possible que l'incarcération immédiate à la sortie de l'asile amène une récidive. Est-ce une raison pour renoncer à cette incarcération ou pour la reculer ? Cette réponse n'est pas de la compétence exclusive du médecin traitant. »

M. Rayneau. — Etant donné l'émotivité extrême de la malade et sa débilité mentale, il est certain que, comme le dit M. Courbon, les émotions de sa mésaventure et la crainte de la prison ont joué un rôle capital dans l'éclosion de sa psychose. Il est très vraisemblable que les émotions de l'emprisonnement ramèneront des troubles mentaux ou provoqueront des actes de désespoir, comme la pendaison. J'aurais été plus catégorique que M. Courbon et j'aurais déclaré qu'elle ne peut pas subir sa peine. Seule, une compétence médicale peut se prononcer là-dessus.

M. Capgras. — L'éclosion des troubles mentaux, plusieurs années après un délit, ne peut pas abolir la responsabilité du

délinquant, ni par conséquent le soustraire à la sanction. Tant qu'il n'est pas guéri de ses troubles mentaux, il faut le traiter. Quand il est guéri, il est remis à l'autorité judiciaire. Le médecin ne peut donner que des avis, l'autorité judiciaire seule décide. Dans les cas litigieux, elle nomme un médecin expert. C'est ainsi que j'ai été nommé précisément pour examiner cette femme, mission que je vais incessamment accomplir.

M. Xavier Abély. — La condamnation étant le fait d'un jugement, il faut un autre jugement ou tout au moins un autre acte de procédure judiciaire pour annuler ses effets. Le médecin n'a pas l'autorité de le faire, il donne son avis et cet avis varie suivant les cas. Il m'est arrivé, comme à d'autres médecins d'ailleurs, de déclarer parfaitement capable de subir sa peine, après guérison de l'accès délirant pour lequel on l'avait envoyé dans le service d'aliénés criminels, un malfaiteur dangereux qui n'a eu aucune récidive ni aucun geste de désespoir en prison.

M. Courbon. — Comme autre opinion d'aliéniste, je citerai celle que j'ai demandée à mon collègue à l'asile Genil-Perrin. Le médecin traitant, m'a-t-il répondu, quand il se prononce en pareille matière sur un malade confié à ses soins, est toujours suspect de jugement affectif car il devient professionnellement son défenseur. Si le cas se produisait dans mon service, je demanderais la nomination d'un médecin-expert. C'est la solution qu'a adoptée la préfecture de police.

La séance est levée à 11 heures 30.

Les Secrétaires des séances,
Paul Courbon et Paul Abély.

Séance du Lundi 23 Janvier 1933

Présidence : MM. L. MARCHAND, ancien président et Georges DUMAS, président

Allocution de M. L. MARCHAND, président sortant

Au moment de quitter la présidence de notre Société, je tiens à vous remercier encore du grand honneur que vous m'avez fait et je vous exprime ma vive gratitude pour votre affectueuse bienveillance qui m'a rendu la tâche si facile.

C'est avec une vive satisfaction que j'ai pu constater l'activité toujours croissante de nos réunions, et, mesurant le travail accompli, je ne saurais laisser mes fonctions sans mettre en relief l'orientation nouvelle des études psychiatriques. Dans les titres des communications de cette année, je relève des termes que nous ne sommes pas habitués à y voir figurer tels que greffes glandulaires, fonctionnement de l'hypophyse, inoculation expérimentale, ultra-virus tuberculeux, dosages chimiques, transfusion sanguine, diathermie, chronaxie, etc. La place que tiennent en médecine mentale les données biologiques devient de plus en plus considérable, et les interprétations des faits se font de plus en plus audacieuses. Si pendant longtemps les tendances de notre Société se sont maintenues en rapport avec l'ancienne psychiatrie intellectualiste, elles se sont engagées nettement aujourd'hui dans la voie expérimentale en profitant des nouveaux procédés d'exploration que les progrès de la science mettent à notre disposition. Si des médecins non spécialisés avaient assisté à certaines de nos réunions, ils auraient pu se croire dans une Société de médecine générale.

Les recherches psychiatriques sont maintenant d'une extrême complexité. A côté des salles de malades, il nous faut toute une série de laboratoires pour le diagnostic, le traitement, pour les travaux personnels. Je ne puis qu'admirer l'initiative, la ténacité, l'ingéniosité que certains de nos collègues ont manifesté dans leurs délicates et patientes recherches avec des installations souvent insuffisantes.

Je me demande, Messieurs, si nos efforts continus qui ont pour but la guérison et le bien-être des aliénés sont bien récompensés. Un mauvais vent souffle sur notre spécialité. Après la suppression des quartiers psychiatriques de la Salpêtrière, après le projet heureuse-

ment abandonné de transformer la Maison Nationale de Santé de Charenton en maison maternelle, il est question du transfert de la Faculté de Médecine sur l'emplacement et dans les bâtiments de l'Asile Sainte-Anne. Vous vous rappelez les nombreuses démarches de nos aînés pour obtenir que les services de cet établissement soient réservés aux sujets atteints d'affections mentales aiguës, curables, par conséquent à des malades qui ne diffèrent en rien de ceux des autres hôpitaux parisiens. Aujourd'hui que cette organisation, grâce à l'action bienveillante de l'autorité préfectorale et aux libéralités du Conseil général de la Seine, est opérée et fonctionne au mieux des intérêts des malades et de leurs familles qui peuvent venir les visiter aisément, il est question de la détruire et de disséminer ces malades dans les asiles de banlieue déjà encombrés et même dans ceux de province. Messieurs, nous devons nous élever contre ce projet encore à la phase des pourparlers et votre président sortant en parlant ainsi exprime certainement votre sentiment unanime.

Et maintenant il me reste à adresser mes sincères remerciements pour leur collaboration à nos collègues Courbon et Paul Abély, les actifs secrétaires de nos séances, à Mme Thuillier-Landry, notre dévouée trésorière-archiviste qui s'acquitte de ses fonctions avec tant de bonne grâce, à notre secrétaire général, mon ami René Charpentier pour qui ma vieille affection n'a fait que s'accroître pendant mon temps de présidence ; il faut qu'il s'habitue à recevoir chaque année un large tribut d'éloges pour la façon dont il ordonne nos séances et conduit la publication des *Annales Médico-Psychologiques*. Que sa modestie ne se révolte pas, nous serons toujours heureux de lui renouveler notre gratitude.

C'est un devoir particulièrement agréable pour moi de passer la Présidence au professeur Georges Dumas, à l'éminent psychologue dont le nom jouit d'une si grande réputation ; nous connaissons sa haute valeur morale et scientifique ; je saisis avec empressement l'occasion qui s'offre à moi de l'assurer publiquement de notre profonde estime.

Je prie mon ami Mignot, que vos suffrages ont appelé à la vice-présidence, de venir prendre place au bureau. Les mêmes vicissitudes professionnelles que nous avons eues à subir ont encore contribué à renforcer notre amitié et je suis heureux de lui adresser mes vives félicitations.

Allocution de M. Georges DUMAS, président

M. G. Dumas, *président* de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1933, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'élisant en 1932 à la vice-présidence de la Société, élection qui a pour conséquence son passage à la Présidence en 1933.

Il s'inspirera, dit-il, dans ses nouvelles fonctions, de l'exemple de

ses éminents prédécesseurs à la Présidence de la Société et particulièrement de celui de M. le docteur Marchand, son prédécesseur immédiat, qu'il a assisté pendant un an et a qui il adresse un adieu des plus cordiaux.

Puis après avoir souhaité la bienvenue au nouveau vice-président, M. le docteur Mignot, M. G. Dumas ajoute qu'il fait toute confiance pour être guidé dans ses débuts de président à M. le docteur René Charpentier, son vieil ami, dont l'activité discrète et féconde est pour beaucoup dans la prospérité scientifique de la Société médico-psychologique.

Décès du Dr George M. Kline (de Boston)

M. G. Dumas, *président,* annonce à la Société la mort subite de M. le Dr George M. Kline, Commissioner of the Department of Mental Diseases de l'Etat de Massachusetts, où il avait réalisé une œuvre remarquable d'assistance psychiatrique et d'hygiène mentale. Le Dr George M. Kline était *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique et Chevalier de la Légion d'honneur.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 8 décembre 1932 et le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance ordinaire du 22 décembre 1932 sont adoptés.

Correspondance

M. René Charpentier, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Georges Petit, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et demande de remettre à la séance du lundi 27 mars 1933 la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de M. le Dr Jacques Rondepierre, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Jean Sebek, professeur agrégé de neuropathologie à l'Université de Prague, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr J. Roorda, de Haarlem, *secrétaire de la Société Néerlandaise de Médecine,* qui a demandé la liste des membres de la Société Médico-psychologique, avec l'intention de prier les psychiatres des divers pays de collaborer à une bibliographie « de la littérature psychologique sur le problème de la guerre » : la liste des membres lui a été aussitôt communiquée ;

une lettre de M. le Dr René CHARPENTIER, *Secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* invitant la Société à se faire représenter officiellement à la 37e session de ce Congrès qui se tiendra à Rabat (Maroc), du 7 au 13 avril 1933, sous le Haut patronage de M. Lucien SAINT, Sénateur, Ministre plénipotentiaire, Commissaire Résident Général de la République Française au Maroc, et sous la présidence de M. le Professeur Georges GUILLAIN, Membre de l'Académie de Médecine ; la Société désigne pour la représenter au Congrès de Rabat : MM. Georges DUMAS, président, Roger MIGNOT, vice-président, René CHARPENTIER, secrétaire général, Mme THUILLIER-LANDRY, trésorière-archiviste, MM. P. COURBON et P. ABÉLY, secrétaires des séances ;

une lettre de M. le Dr J. DUBLINEAU, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, licencié ès sciences, médecin des Asiles publics d'aliénés, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* la Société désigne une Commission composée de MM. TOULOUSE, TINEL et Roger DUPOUY, *rapporteur,* pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 février 1933 ;

une lettre de M. le Dr Gonzalo BOSCH, professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Médecin-Directeur de l'Hospice de las Mercedes et de la Colonie Nationale d'aliénés Domingo Cabred, ancien président de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger :* une Commission composée de MM. Pierre JANET, Raoul LEROY et René CHARPENTIER, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 février 1933.

Date de la séance du mois d'Avril

Le deuxième jeudi du mois d'avril se trouvant être le 13 avril et coïncider avec la période des vacances universitaires, la Société décide de ne pas tenir de séance supplémentaire au mois d'avril.

La séance ordinaire du mois d'avril aura lieu, conformément au Règlement, le lundi 24 avril 1933, à 4 heures précises, au siège social de la Société, 12, rue de Seine.

Commissions des Prix

Prix Belhomme (2.000 francs)

Deux mémoires ont été déposés.

Une Commission composée de MM. H. CLAUDE, G. de CLÉRAMBAULT et DEMAY est désignée pour l'examen de ces mémoires.

Cette Commission aura également à proposer à la Société un sujet pour le prix Belhomme à décerner en 1936. La Société décide que ce prix, triennal, habituellement de 900 francs, sera porté exceptionnellement à 1.500 francs pour l'année 1936.

Prix Trénel (1.000 francs)

Un mémoire a été déposé.

Une Commission composée de MM. GUIRAUD, LHERMITTE et MARCHAND est désignée pour l'examen de ce mémoire.

Prix Christian (300 francs)

Aucune candidature n'a été posée. La Société décide que ce prix, annuel, habituellement de 300 francs, sera porté exceptionnellement à 1.000 francs pour l'année 1934, à 500 francs pour l'année 1935 et à 500 francs pour l'année 1936.

Selon l'usage, l'attribution de ces prix et le choix de la question posée pour le prix Belhomme (1936) auront lieu à la séance du lundi 22 mai 1933.

La liste des prix à décerner par la Société en 1934, 1935 et 1936 est publiée dans le présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

Election à une place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. H. BARUK, au nom d'une Commission composée de MM. Xavier ABÉLY, Henri BARUK, BUSSARD, BUVAT et Aug. MARIE, il est procédé au vote.

Nombre de votants : 21
Majorité absolue : 11

A obtenu :

M. le Dr Paul CARRETTE 21 voix.

M. le Dr Paul CARRETTE est élu *membre titulaire* de la Société Médico-psychologique.

Election de 4 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE et Paul ABÉLY, sur les titres de MM. les Drs J.-R. CUEL, de Paris, Henry PICHARD, de Paris, Yves-J.-M. PORC'HER, de Nancy, et G. VIGNERON d'HEUCQUEVILLE, de Saint-Venant (Pas-de-Calais), il est procédé au vote :

Nombre de votants : 21
Majorité absolue : 11

Ont obtenu :

M. le Dr Cuel	19	voix.
M. le Dr Porc'her	19	—
M. le Dr Pichard	18	—
M. le Dr Vigneron d'Heucqueville	17	—
Bulletin blanc	1	

MM. les Drs J.-R. Cuel, Yves-J.-M. Porc'her, Henry Pichard et G. Vigneron d'Heucqueville sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

RAPPORT

La thérapeutique par les chocs en neuro-psychiatrie

Rapport par M. Noël Péron, au nom d'une Commission composée de MM. Capgras, Demay, Lévy-Valensi, G. Petit et Noël Péron sur la demande de M. le Secrétaire de la Confédération des Syndicats médicaux français en réponse à une question posée par M. le Ministre du Travail.

Conclusions

La thérapeutique par les chocs « à l'aide de méthodes biochimiques » peut être employée dans certaines affections neuro-psychiatriques.

1° Cette méthode thérapeutique ne peut être mise en œuvre que sur le conseil et sous le contrôle de médecins spécialisés : aliénistes et neurologistes.

2° Elle peut être indiquée :

a) dans certains états initiaux et prodromiques, dans certaines formes confirmées de démence précoce et dans certaines psychoses périodiques ;

b) dans la syphilis nerveuse et tout spécialement dans la paralysie générale où elle peut compléter l'action de la malariathérapie ;

c) dans certains processus aigus ou chroniques de système nerveux à base organique.

3° Les agents biochimiques à conseiller sont :

des vaccins engendrant de la fièvre (Dumelcos, vaccins T. A. B. propidon, etc.) ;

des substances protéiques (nucléinate de soude, peptone, etc.) ; des substances colloïdales (argent, or colloïdal).

Accessoirement, on peut assimiler à la thérapeutique par les chocs, l'emploi de l'abcès de fixation, la phlycténothérapie, l'autosérothérapie et toute méthode agissant par les réactions déclenchées dans l'organisme.

4° Technique : la thérapeutique par les chocs nécessite, en général, une série d'injections espacées (1 à 2 par semaine le plus souvent) par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, chaque injection étant suivie de réactions générales que le médecin doit observer. On peut fixer approximativement à 20 injections la durée du traitement, réserve faite de quelques cas rares où une nouvelle série d'injections peut être ultérieurement indiquée.

Chaque injection nécessite une surveillance médicale particulière en raison d'incidents possibles ou d'accidents exceptionnels.

5° L'acte médical (injection d'une substance engendrant un choc) peut être pratiquement assimilé au point de vue technique à une injection intraveineuse, quelle que soit la voie d'introduction des médicaments. L'étude des réactions nécessite d'ailleurs une surveillance spéciale de la part du médecin, surtout, ce qui est le cas habituel, lorsque le traitement s'applique à des aliénés.

6° On peut, dans une certaine mesure, rattacher à cette thérapeutique par les chocs, la malariathérapie indiquée dans la paralysie générale. Cette méthode, délicate, ne peut être pratiquée que dans des conditions déterminées, de préférence après hospitalisation dans des établissements spécialisés sous la surveillance quotidienne de médecins aliénistes ou neurologistes.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Truelle et Capgras, la Société adopte ce texte à l'unanimité des membres présents et charge le Bureau de le transmettre à M. le Secrétaire de la Confédération des Syndicats médicaux français.

COMMUNICATIONS

Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations), par MM. E. Toulouse et A. Courtois.

Résumé. — Les auteurs apportent 100 observations de syndromes mentaux qu'ils attribuent à une atteinte inflammatoire antérieure du cerveau (encéphalopathies du jeune âge ou de l'adolescence, encéphalites compliquant des infections générales : typhoïde, infection puerpérale, grippe...).

Ils insistent sur la fréquence de ces antécédents dans des psychoses à étiologie mal connue ; sur la variabilité de la durée de latence (1 à 20 ans le plus souvent) qui sépare le syndrome mental tardif motivant l'isolement de l'encéphalopathie aiguë, sa cause lointaine ; sur l'importance des phénomènes mentaux intercalaires à rechercher ; enfin sur les signes neurologiques et les modifications, sans doute résiduelles, du liquide céphalo-rachidien présentes dans 17 0/0 des cas. Ils insistent aussi sur la quasi-constance de l'affaiblissement intellectuel qui paraît en rapport avec des lésions cérébrales irréversibles.

Mais ils ne méconnaissent pas le rôle du terrain. C'est lui qui conditionne sans doute pour une large part la gravité de l'atteinte cérébrale initiale aussi bien que celle du syndrome mental ultérieur.

Aussi une meilleure compréhension des faits doit se baser sur ces deux facteurs, terrain constitutionnel et agent déterminant — dont l'étude simultanée peut seule être à la base d'une thérapeutique et surtout d'une œuvre prophylactique efficaces.

M. Raviart. — Je ne saurais trop féliciter les auteurs pour cette communication et M. Marchand pour ses travaux. Au Congrès de Gand, en septembre 1932, à propos du rapport sur les Encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance (1), mon ami René Charpentier a rappelé les intéressants travaux de M. Marchand sur les Encéphalites psychosiques, travaux qui feront l'objet d'un rapport au prochain Congrès de Rabat. Ces travaux montrent que pour les aliénistes français le cerveau est un viscère, et que la psychiatrie fait partie de la médecine générale. Les troubles mentaux sont la conséquence d'atteintes cérébrales du sujet par des infections ou toxi-infections remontant à son enfance ou à sa vie intra-utérine, ou d'atteintes cérébrales par les mêmes agents sur ses ascendants. J'ai rappelé à ce propos un cas, que

(1) Voir *Ann. Méd.-Psych.*, septembre 1932, p. 373.

j'ai rapporté au Congrès de Blois, de perversions morales apparues chez un enfant de 6 ans, à la suite d'une vaccination tardive. Les constitutions, à mon avis, se produisent sous l'influence des mêmes conditions.

M. H. Baruk. — On ne saurait trop s'associer aux paroles que vient de prononcer M. le Professeur Raviart. On retrouve en effet, avec une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne peut le supposer, des toxi-infections ou des intoxications précédant le début de beaucoup de psychoses. Les encéphalites de l'enfance sur lesquelles M. Courtois vient d'insister, sont aussi très importantes, et elles posent à propos de certains syndromes psychopathiques le même problème qu'elles posent en ce qui concerne certains cas d'épilepsie.

Parmi les diverses toxi-infections en cause, mention spéciale doit être faite des hépatites infectieuses ou toxiques. J'ai pu en observer de nombreux cas suivis de confusion mentale et de démence précoce. Parfois l'atteinte hépatique pourrait facilement passer inaperçue, comme dans cette observation que j'ai rapportée avec Meignant et Mlle Blanchy (Soc. de Psychiatrie, oct. 1928) où il s'agissait d'un accès d'excitation maniaque en apparence essentiel, et, en réalité, symptomatique d'une spirochétose ictérigène dépistée par l'injection conjonctivale et vérifiée par les épreuves bactériologiques et la réaction méningée.

Tous ces faits nous montrent l'importance, au point de vue étiologique, de placer les maladies mentales sur leur véritable terrain, qui est celui de la pathologie cérébrale.

M. Truelle. — Je félicite les auteurs de la documentation parfaite de leur travail, et d'avoir bien montré que rien de nouveau n'a été inventé, que ce que l'on serait tenté de croire une découverte avait été observé par nos prédécesseurs à qui avaient simplement manqué les moyens de mettre en évidence les lésions. Je les félicite également d'avoir montré le rôle de la prédisposition en face de celui des accidents toxi-infectieux. Pour confirmer leurs dires, je me rappelle les constatations de leptoméningite que je faisais si fréquemment à l'autopsie des vieilles démentes de Dun-sur-Auron, il y a plus de 20 ans. Cette leptoméningite que n'accompagnait aucune lésion artérielle ou autre était l'indice d'une très lointaine atteinte de méningite remontant peut-être à l'enfance et sûrement à de nombreuses années avant l'éclosion des troubles mentaux.

M. Marchand. — Je remercie mon ami Raviart de l'importance qu'il a bien voulu attacher à nos travaux ; mais je n'en accepte

qu'une partie ; je tiens à rappeler que le point de départ de nos recherches sur les encéphalites psychosiques repose sur les travaux de Régis sur les troubles mentaux dans les toxi-infections et je tiens à rendre hommage au maître bordelais.

M. COURTOIS. — La combinaison immuable de plusieurs facteurs étiologiques dans ces psychoses montre la part respective des espérances que l'on peut fonder sur l'eugénique et sur la prophylaxie pour combattre par la première le rôle du facteur héréditaire et par la seconde le rôle des facteurs toxi-infectieux.

Remarques à propos des états hallucinatoires,

par M. Yves J. M. PORC'HER.

Mon intention est de rapporter ici quelques faits particuliers observés au cours d'états hallucinatoires. Je me garderai de toute discussion théorique, j'exposerai les faits aussi clairement que possible et j'essaierai d'en tirer quelques déductions simples.

Il ne sera question, dans la présente note, que de phénomènes se rapportant au système auditif.

Je débuterai par la narration d'un cas d'hallucinose personnelle :

Un jour de juin 1921, vers 18 heures, après une après-midi passée à ma table de travail, je m'étais allongé sur mon lit pour prendre quelque repos, réfléchissant à la matière que j'avais étudiée, quand soudain je perçus un bruit intense et désagréable comparable à un grincement métallique. Ce phénomène se localisait dans l'espace assez près de moi, sur ma gauche, à la hauteur de ma tête ; j'eus l'impression que la cause de ce phénomène était à portée de ma main. Dans le même instant mon regard et ma tête se dirigeaient brusquement sur ma gauche, je me soulevai du coude et continuant le mouvement ainsi amorcé je me trouvai en un clin d'œil assis sur le bord de mon lit. Dès cet instant, j'eus la certitude, sans aucun doute possible, que je venais d'avoir une hallucination. Par acquit de conscience je passai une revue minutieuse de ma chambre, cherchant si quelque déplacement matériel n'avait pas pu être la cause du phénomène; je ne découvris rien.

J'ajoute que je n'eus à aucun moment le sentiment de m'être endormi. Toutefois, la position allongée que j'occupais après un effort d'attention soutenue pendant plusieurs heures est essentiellement propice au développement d'un état hypnagogique. Dans des circonstances analogues, il m'est arrivé quelquefois de m'endormir et plus souvent d'abandonner ma position de repos pour échapper à la tor-

peur qui insensiblement m'envahissait. Aussi j'admettrai qu'au moment où le phénomène se produisit j'étais plus ou moins envahi par un processus hypnique.

J'insisterai sur les particularités suivantes : le phénomène fut extrêmement bref et brusque, la sensation et la réaction motrice absolument synchrones ; cet ensemble sensoriel et moteur ne se différenciait en aucune façon de mes sensations-réactions ordinaires à des stimuli acoustiques violents et inattendus, et le souvenir que j'en ai gardé ne se différencie pas davantage du souvenir de phénomènes réels. J'ai cru, pendant un très bref instant, il est vrai, mais néanmoins j'ai cru, que quelque accident extérieur venait de se produire et je suis incapable d'expliquer par une analyse introspective pourquoi, immédiatement après, la certitude du caractère hallucinatoire s'est imposée à mon esprit.

Je fus fort embarrassé pour me représenter de manière satisfaisante le mécanisme d'un tel phénomène et je constatai que le fait d'avoir éprouvé une hallucination élémentaire ne me donnait aucun avantage pour avancer dans ce domaine obscur.

Vers la même époque, il me fut donné de lire les travaux de Head et de Trotter et Davis sur les phénomènes subjectifs observés au début de la restauration de la sensibilité, après section de nerfs cutanéo-sensibles. Le fait qu'aux premiers stades de la restauration les sujets éprouvent, par l'attouchement léger de la peau correspondant à la zone de distribution du nerf en voie de régénération, une sensation brusque, formidable et désagréable, me frappa vivement, car ces trois épithètes s'appliquent très exactement à la sensation auditive hallucinatoire que j'ai éprouvée, mais en dehors de cela, je ne voyais pas la possibilité d'établir un parallélisme quelconque entre les deux ordres de phénomènes.

Quelques années après, en 1927, comme je suivais à pied la route menant de l'Asile à la ville voisine, plus absorbé par mes pensées qu'attentif à un paysage connu, je ressentis dans la région pré-auriculaire gauche une sensation légère et brève, mais très nette, de caractère cutanéo-tactile, et, de plus, comportant comme à l'état naissant une composante auditive. En même temps, s'imposait à mon esprit la certitude que cette sensation, que je considérais et que je considère comme une sensation normale quoique inhabituelle, était comme la racine du phénomène hallucinatoire éprouvé quelques années auparavant. Autrement dit, j'identifiais les deux phénomènes, sauf que, dans ce dernier cas, il n'y avait pas eu de retentissement hallucinatoire.

A partir de ce moment, je me mis en devoir de retrouver expérimentalement cette sensation que je n'arrivais pas à définir du point de vue causal. Au début, obnubilé par la composante auditive, je cherchai sans succès à réaliser le phénomène par des variations de pression dans la caisse du tympan, par l'intermédiaire de la pompe d'Eustache. Il s'agit, en réalité, d'un phénomène d'origine purement

externe et on l'obtient à volonté en projetant sur la région du tragus une particule matérielle animée d'une vitesse suffisante.

Ce point acquis, je ne doutais pas que l'hallucinose que j'avais éprouvée ne résultât d'une sensation tactile analogue qui, à la faveur d'un état hypnagogique plus ou moins accusé, s'était continuée par un retentissement sensoriel et moteur exagéré constituant précisément le phénomène hallucinatoire proprement dit.

Il ne peut s'agir, bien entendu, que d'une présomption et non d'une preuve. Aussi bien, pourrait-on dire que cette hallucination n'est plus une hallucination mais une illusion, je ne discuterai pas ce point. Il m'est apparu, au cours de ma pratique psychiatrique qu'il est parfois possible d'observer un rapport entre des stimuli acoustiques fortuits et des réactions d'allure, je dis d'allure, hallucinatoire chez certains malades. J'en rapporterai un cas :

J'avais été prié de visiter une dame âgée d'une cinquantaine d'années, présentant un délire hallucinatoire en évolution depuis la ménopause. (Hallucinations multiples et complexes de la sensibilité générale, psychomotrices et auditives). Cette malade me reçut fraîchement, déclarant qu'elle n'avait que faire de ma visite et, se refusant à tout entretien, s'en fut s'asseoir sur une chaise dans un coin de la pièce, me tournant aux trois quarts le dos, la tête et le tronc fléchis en avant, les bras croisés sur les cuisses, dans une attitude hostile et contrainte. Je m'assis à mon tour et j'attendis les événements. Le calme régnait dans la maison qu'entourait un grand parc, nul bruit ne venait jusqu'à nous. Soudain, les cris lointains et étouffés d'une bande de canards rompirent un instant le silence, puis rapidement cessèrent. Presqu'à ce moment, mais avec un léger décalage, la malade se redressait, s'orientait dans la direction d'où venaient les cris et marmonnait sur un ton acrimonieux quelques phrases rapides dont je ne pus malheureusement saisir le sens, puis revenait à son attitude antérieure. Je restais immobile et silencieux, observant la malade et j'eus la bonne fortune, quelques minutes après, de voir le même phénomène se reproduire exactement dans les mêmes conditions. Je notai cette fois que la réaction active d'orientation était précédée d'une courte phase pendant laquelle l'attitude fléchie de la tête et du tronc s'exagérait.

Bien que l'on puisse, là encore, objecter qu'il ne s'agit pas d'hallucination mais d'illusion et que même, on puisse mettre en doute jusqu'à ce caractère illusionnel des faits précités, je demeure persuadé qu'il y a toujours, à la base des phénomènes hallucinatoires, quelque stimulus fortuit de nature indifférente

agissant comme un déclic à la faveur d'un certain état hypnique. D'ailleurs, la voie extéroceptive n'est probablement pas la seule possible ni même peut-être la plus fréquente. Il nous faut tenir compte du système intéro ceptif et plus encore fort probablement du système proprio ceptif. Malheureusement ces champs, d'où partent à chaque instant des trains d'influx nerveux afférents, sont pratiquement inaccessibles aux moyens de notre observation clinique et il n'y a guère que l'influence de stimuli externe que nous puissions objectivement contrôler.

Je rapporterai quelques faits curieux notés chez une malade à l'occasion de changements minimes dans l'ambiance.

Zélie était une femme de 57 ans, de race noire, originaire de la Guadeloupe, internée depuis plusieurs années déjà pour psychose hallucinatoire chronique. Elle occupait chez moi les fonctions de domestique, était d'humeur inégale, tantôt d'un mutisme renfrogné, tantôt au contraire bavarde et enjouée et à chaque instant me recommandait avec des gestes pleins de mystère de ne pas écouter « ces gens-là ».

Comme j'avais installé mon cabinet de travail dans une pièce jusqu'alors inoccupée, je crus remarquer, au bout d'un certain temps, que Zélie marquait quelque répugnance à y pénétrer. Les faits ne tardèrent pas à se préciser et voici ce qui se passait : quand j'appelais Zélie pour lui donner quelque instruction, elle pénétrait avec une mine contrainte de chien battu, s'approchait de moi et pendant tout le temps que je lui adressais la parole me regardait avec une expression d'attention soutenue presque douloureuse, elle secouait la tête en signe de dénégation, tantôt portant le doigt à son oreille elle disait: « Je ne vous entends pas », d'autres fois jetant un regard furibond vers la cheminée elle s'écriait sur un ton méprisant : « Si Monsieur se met à écouter ces gens-là. » Cette scène se reproduisit assez fréquemment à plusieurs reprises et presque toujours se terminait de la façon suivante : brusquement Zélie éclatait de rire, se cachait la figure dans les mains et se sauvait à toutes jambes.

Je savais que dans une maison où elle avait été placée antérieurement Zélie avait un beau jour, sans explication, complètement obstrué avec des chiffons le tuyau de la cuisinière et je pensais, faute de mieux, que pour Zélie, les cheminées étaient des totems malfaisants.

Or un jour, comme je ramassais un objet tombé à terre devant cette cheminée, je fus surpris de constater qu'un murmure presque continu fait de bruits lointains et multiples résonnait dans l'âtre béant (le rideau coincé depuis longtemps n'avait pas été réparé).

Lorsque je fis cette remarque Zélie n'était plus à mon service et je ne pus vérifier, par une contre-épreuve, s'il y avait réellement, comme j'ai tendance à le croire, un rapport entre ce murmure et le compor-

tement si singulièrement stéréotypé de ma malade. Mais chez cette même Zélie j'ai pu étudier plus complètement un autre phénomène que par un emprunt fait à la terminologie de Pawlow je désignerai sous le nom de « retard ». J'avais remarqué que lorsqu'on sonnait à ma porte, Zélie ne répondait pas de façon très régulière, et très souvent il m'arrivait d'aller ouvrir moi-même. A cette occasion, voici ce qu'il m'a été donné d'observer : lorsque, répondant à un coup de sonnette, j'avais été ouvrir, il m'arrivait, parfois, d'entendre ou de voir Zélie aller à son tour à la porte et ne trouvant personne derrière l'huis, elle venait vers moi d'un air déconfit et penaud, m'interrogeant : « On a sonné ? » Ce comportement qui se renouvelait assez fréquemment m'intriguait et je résolus d'observer ma malade à son insu et voici ce que je constatai : Zélie était dans sa cuisine affairée auprès de son fourneau ; au coup de sonnette elle interrompait sa besogne, mais restait un moment comme en suspens, allait et venait semblant chercher quelque chose, ébauchant des gestes, déplaçant des objets, puis tout d'un coup elle se précipitait vers la porte.

Sur une autre malade, j'ai pu faire des constatations analogues. Chez de telles malades, il semble que le signal, au lieu de déclancher d'emblée la réaction adéquate, développe d'abord une espèce d'automatisme diffus, stérile, je dirais presque d'allure confusionnelle, puis, tantôt la réaction normale finit par se réaliser, ou dans d'autres cas elle ne se réalise pas du tout.

J'ai prononcé tout à l'heure le nom de Pawlow, et je ne puis m'empêcher d'établir un rapprochement entre les menus faits que je viens d'exposer et les phénomènes que cet auteur a observés au cours du développement des états hypniques chez certains animaux, en expérience dans son laboratoire, plus particulièrement avec les phénomènes de renversement des seuils efficaces qu'il désigne sous le nom de « Phase paradoxale ».

Bien entendu, il ne peut y avoir là qu'une tentative d'explication. Avant tout, il serait nécessaire d'établir sur des observations plus nombreuses la validité de mon point de départ et même quittant le terrain de l'observation pure, il faudrait essayer de forcer le hasard par des expériences concertées. Malheureusement, cette réalisation pour n'être pas impossible n'est pas très commode. Quoi qu'il en soit, je me permettrai de résumer très brièvement mon opinion.

Ce que nous entendons par état hallucinatoire correspond à des processus d'inhibition se rattachant aux états hypniques lesquels doivent englober des gammes très variées allant de la simple distraction au sommeil proprement dit. (Il se pourrait d'ailleurs que l'on découvrît quelque jour qu'il peut s'agir aussi concurremment de phénomènes de conduction nerveuse imparfaite à quoi semble se rattacher le phénomène de Head et de Trotter et Davis).

A la faveur de cet état d'inhibition, des excitations fortuites peuvent déclancher des réactions inadéquates et paradoxales et précisément à cause de cela ces excitations doivent pouvoir servir de moyens gradués d'investigation.

M. Henri Ey. — J'ai été très vivement intéressé par les faits rapportés par M. Porc'her et la fine analyse qu'il en a fournie. M. Porc'her a insisté sur un ensemble de phénomènes « hallucinosiques » et illusionnels qui lui paraissent être basaux dans les états hallucinatoires. Ils ne lui apparaissent pas cependant être une condition suffisante puisqu'il fait appel à des facteurs comme l'état hypnique ou des attitudes et des comportements dont il essaiera de chercher une explication à l'aide des recherches de Pavlow.

Nous avons, M. H. Claude et moi, publié jusqu'ici un premier groupe de travaux où nous avons examiné la question de savoir si une néoformation sensorielle, pour si vive et intense qu'elle soit, force la croyance délirante qui nous paraît l'essence même du phénomène hallucinatoire. Il nous a semblé que des cas de troubles purement sensoriels pouvaient être isolés de l'ensemble des phénomènes hallucinatoires : ce sont les *hallucinoses*. Les hallucinations et les pseudo-hallucinations que l'on rencontre chez les malades mentaux sont caractérisées par la croyance délirante, soit en une *fausse objectivité* (et non pas seulement extériorité), soit à *l'étrangeté* des processus psychiques. Elles participent du délire qu'elles ne fondent pas. Pour nous, en effet, comme le voulait Séglas, il y a à la racine des phénomènes hallucinatoires, une *erreur*. M. Janet a développé dans ses derniers travaux, avec beaucoup de vigueur, une conception analogue où il distingue l'hallucination-délire des troubles de la perception. Au contraire, le livre récent de Mourgue confond « l'hallucination vraie » avec l'hallucinose. Ce que nous voulons simplement souligner, c'est que, quelle que soit l'opinion que l'on ait, *le problème* des hallucinations doit se poser en ces termes : l'hallucination est-elle une néoproductivité sensorielle, une image intensifiée qui provoque le délire, — ou bien est-elle une erreur conditionnée par une chute de niveau psychique ou par des facteurs affectifs qui lui confèrent une sensorialité plus ou moins vive. La *physiologie* et la *psychologie* « des niveaux » paraît devoir nous incliner vers la deuxième hypothèse qui réintègre le phénomène hallucinatoire dans le délire et la personnalité. En tous cas, nous serons toujours heureux de pouvoir discuter de ces divers points à propos d'observations cliniques aussi intéressantes et judicieuses.

Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien, par MM. H. PICHARD et A. LIBER.

(Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle).

Le malade dont nous rapportons ici l'observation présente différents ordres de phénomènes dont les rapports étiologiques posent un problème intéressant, — en ce qui concerne notamment le terrain organique des intoxications.

Il s'agit d'un cas d'éthylisme actuellement chronique, greffé sur une polydipsie dipsomaniaque. Par ailleurs, notre malade présente une lésion de la selle turcique constatée radiologiquement et vraisemblablement d'origine traumatique.

M. P... Jean, âgé de 40 ans, entre le 24 novembre 1932 à l'Hôpital Henri-Rousselle pour désintoxication éthylique.

Le début de ses troubles remonte à 1924. Auparavant, rien à signaler dans ses antécédents tant personnels qu'héréditaires. Employé de chemin de fer, il est considéré comme un bon ouvrier, il n'a jamais commis aucun excès de boisson, boit environ un litre de vin par jour, qu'il supporte parfaitement. Il ne s'est jamais enivré.

Le 3 décembre 1924, il est renversé par une auto et est hospitalisé dans un état comateux à l'hôpital Bichat, Là, le chirurgien constate, aux termes mêmes de son billet d'hôpital, « une large fracture frontale, très esquilleuse, ouverte, avec issue de matière cérébrale. Opéré d'urgence et guéri assez rapidement, il a présenté à plusieurs reprises des phénomènes d'excitation psychique, passagers ». On l'envoie pour ces derniers phénomènes à l'hôpital Henri-Rousselle, où il entre une première fois le 15 janvier 1925.

A cette époque, on constate dans le service des séquelles psychiques banales de traumatisme cranien, type confusionnel, avec amnésie rétrograde et fabulation, agitation épisodique. Quelques troubles subjectifs : vertiges, acouphènes.

Aucun signe neurologique de lésion focale. On constate seulement des signes ophtalmologiques discrets (13 février 1925) : réflexe photomoteur lent. Réflexe de convergence normal. Fond d'œil : O. D. G. : pas de saillie papillaire vraie, mais disparition de l'excavation centrale physiologique. Veines un peu dilatées. Acuité visuelle : O. D. 2/3, O. G. 1/3.

Ces phénomènes s'atténuent et disparaissent d'ailleurs rapidement et il sort de l'hôpital le 18 février 1925, ne conservant aucune trace de son accident.

Il reprend son travail aussitôt et se comporte normalement, sans aucun déficit par rapport au passé.

C'est alors qu'apparaissent petit à petit et en quelque sorte insidieusement de nouveaux phénomènes, des *crises polydipsiques à allure dipsomaniaque.*

De temps en temps, il éprouve une sensation de soif anormale, sans aucun motif qui la déclanche, et en dehors de toute circonstance matérielle de travail ou de température. Cette sensation prend le caractère impérieux d'une nécessité incoercible. Il lui faut boire un liquide quelconque, n'importe lequel.

Ces crises sont au début minimes et s'apaisent rapidement, durant quelques heures, et apparaissent à des intervalles de temps éloignés, puis elles se rapprochent, deviennent plus longues, trois à quatre jours, puis cinq à six jours.

Vers 1928, le syndrome dipsomanie est devenu très net, la notion de crise paroxystique est évidente, les intervalles conservent d'ailleurs un rythme très irrégulier, un mois, 15 jours, 8 jours, parfois 2 ou 3 jours seulement. A cette époque, il y a cependant toujours cette notion d'intervalle entre les crises.

C'est un besoin impérieux de boire, d'ingérer un liquide quelconque. Il boit, dit-il, « par gourmandise », et est souvent obligé de se lever plusieurs fois dans la nuit pour boire encore. Les crises ont un début et une terminaison brusques. Elles s'accompagnent d'une sensation de malaise et d'inquiétude vague, qui les rendent, au moins à cette époque, assez pénibles. La quantité de liquide ingéré atteint 5 ou 6 litres par jour et davantage. Toutes les boissons lui sont bonnes : chez lui, il prend de l'eau, du lait, des tisanes, du potage. Au dehors, il va au café et prend du vin, de la bière, de la limonade. Aucune électivité dans le choix du liquide par conséquent.

Parallèlement à cette ingestion anormale de liquide, on constate une polyurie abondante qui n'existe pas en dehors de la crise.

Vers l'année 1929, les caractères de son affection changent insensiblement. A cette époque, il va devenir un intoxiqué, un éthylique chronique. Cette transformation se fait en deux étapes : tout d'abord, il augmente petit à petit et seulement au cours de ses crises dipsomaniaques la proportion de vin et d'alcool ingérés. Le vin n'était auparavant pour lui qu'un liquide quelconque. Maintenant, il y prend goût, ce n'est plus seulement un besoin indifférent d'ingestion de liquide, c'est aussi un besoin électif pour les boissons alcoolisées. Ses accès dipsomaniaques prennent alors l'allure d'un accès d'ivresse.

Dans une seconde étape enfin, il est devenu un véritable toxicomane, il boit en dehors des accès des quantités sans doute moindres, mais les paroxysmes ont tendance à s'atténuer pour laisser place à une alcoolisation continue.

Dès 1931, il est devenu un éthylique chronique. Il présente déjà des signes d'intoxication : de l'inappétence, des pituites, des troubles digestifs, de l'onirisme nocturne.

Il passe des nuits entières au café, devient irritable, querelleur, violent envers sa femme, irrégulier dans son travail, retient de l'argent sur sa paye, falsifie sa feuille de salaire, au point qu'il est rétrogradé dans ses fonctions et qu'on lui donne un emploi inférieur.

C'est dans ces conditions qu'il entre à Henri-Rousselle le 23 novembre 1932.

Dans le service, il présente le tableau banal de l'éthylique intoxiqué : troubles physiques, tremblements, insomnie, onirisme, syndrome d'insuffisance hépatique avec varicosités de la face, subictère conjonctival, foie gros et douloureux. Du point de vue psychique, il montre l'instabilité de l'alcoolique passant de la loquacité et de la jovialité à la dépression, s'accusant de tous ses méfaits, pleurant sur son propre sort, sur son manque de volonté et promettant de ne plus jamais succomber.

L'examen neurologique ne montre aucune séquelle traumatique de son ancien accident : seule une large cicatrice frontale confirme le diagnostic.

Les examens spécialisés (ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique) sont négatifs, ainsi que les examens biologiques (sang et liquide céphalo-rachidien).

Une radiographie du crâne a été faite chez ce malade en vue seulement d'un examen complet et systématique. Celle-ci nous montre :

1° une paroi crânienne assez épaissie, surtout en arrière, et présentant une large érosion de la table externe du frontal ;

2° une selle turcique large, à contour irrégulier, présentant à l'angle postéro-inférieur un point très aminci. La lame quadrilatère est également peu épaisse.

Cette lésion de la selle turcique, qui nous surprend, nous a fait rechercher soigneusement l'existence d'un syndrome infundibulaire (1). On n'en trouve cliniquement aucune trace. Le malade d'ailleurs ne présente pas, au cours de son hospitalisation, de phénomène polydipsique. L'examen des urines est normal : pas de glycosurie, pas de polyurie apparente, le malade refusant de s'astreindre à uriner dans un bocal.

D'ailleurs, le malade, qui est protestataire, exige sa sortie au bout de quelques jours et quitte le service le 29 novembre 1932.

En résumé, le schéma de cette observation se résume ainsi :

— traumatisme cranien avec fracture du frontal ;
— dipsomanie consécutive ;
— éthylisation secondaire.

Le lien pathogénique de ces différents éléments nous semble apporté par la lésion de la selle turcique constatée radiologiquement.

Notre malade, il faut insister sur ce point, n'est pas en effet un toxicomane constitutionnel. Il n'a aucun antécédent, aucun passé. Il ne le devient qu'en fonction de son traumatisme cranien et par voie détournée. Il est, pourrions-nous dire, un éthylique traumatique.

(1) Pour la littérature et une revue générale sur la polydipsie à la suite de traumatismes craniens, voir : Roussy G. et Gabrielle Lévy. — « Le diabète insipide d'origine traumatique ». *Annales de Médecine*, 1925, 1er fasc., p. 548.

Comment expliquer la pathogénie de tels accidents ? On peut, pensons-nous, éliminer un affaiblissement psychique post-traumatique qui aurait facilité l'alcoolisation.

Un syndrome épileptiforme de nature traumatique pourrait peut-être intervenir dans la notion du cycle dipsomaniaque. Mais aucune crise épileptique, aucun équivalent ne viennent dans notre histoire confirmer cette hypothèse.

Plus que dipsomanie vraie, il faut ici parler de polydipsie paroxystique et il est tentant de rattacher ce symptôme à un syndrome infundibulaire fruste, que viendrait confirmer la notion de lésion de la selle turcique. Mécaniquement, celle-ci est vraisemblable : une fracture de la voûte frontale irradiée à la base de haut en bas et de dehors en dedans, selon un mécanisme bien connu, viendrait atteindre la partie médiane de l'étage moyen, c'est-à-dire la selle turcique, en passant entre les racines de la grande aile du sphénoïde (1).

La radiographie nous montre en effet à l'angle postéro-inférieur de la selle turcique, ainsi qu'au contour de la lame quadrilatère un très net amincissement de la paroi.

La lésion infundibulaire reste difficile à préciser : Y a-t-il blessure directe, processus inflammatoire ou cicatriciel. On ne saurait conclure.

Il serait intéressant — à un point de vue plus général — de préciser les bases organiques de l'éthylisme chronique, au moins dans l'éthylisme acquis. Les troubles du métabolisme aqueux paraissent jouer un rôle important dans notre observation, comme aussi dans un cas de syndrome infundibulaire post-encéphalitique avec alcoolisation secondaire que l'un de nous a déjà rapporté (2).

Ce cas soulève des conséquences médico-légales intéressantes : dans quelle mesure notre malade est-il responsable de ses excès alcooliques et est-il capable de les dominer ? Nous ne pensons pas pour notre part que l'avenir puisse apporter chez lui une amélioration quelconque.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des séances,
Paul Courbon et Paul Abély.

(1) Voir Auvray. — « Maladies du crâne et de l'encéphale », in nouveau *Traité de chirurgie,* fascicule XVI (1931).

(2) H. Pichard et O. Trelles. — « Syndrome infundibulaire post-encéphalitique ». *Société Médico-Psychologique,* février 1932.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 Janvier 1933

Présidence : M. Clovis VINCENT, président

Allocutions de M. Lévy-Valensi, *président sortant*
et de M. Clovis Vincent, *président pour 1933*

Pseudo-tumeur du pédoncule cérébral, traitée par la radiothérapie ; développement secondaire d'un syndrome d'adiposité cérébrale pileuse, par MM. G. Guillain et L. Rouques.

Les auteurs présentent un malade atteint en 1922 d'un syndrome pédonculaire avec signes d'hypertension intracranienne faisant croire à une tumeur ; la disparition durable des signes d'hypertension après radiothérapie montre qu'il s'agissait en réalité de lésions infectieuses. De nombreux cas de tumeurs pédonculaires guéries par la radiothérapie ont été publiés ; aucun caractère histologique ne permettant d'attribuer aux tumeurs de cette région une radiosensibilité spéciale, il est probable que dans les cas où la survie se compte par années, le syndrome relève de lésions inflammatoires dont la localisation au voisinage de l'aqueduc de Sylvius explique la symptomatologie pseudo-tumorale.

Hallucinose consécutive à un ictus suivi d'hémiplégie gauche avec troubles de la sensibilité et mouvements involontaires, par M. J. Lhermitte et Mlle G. Levy.

Chez une malade de 42 ans apparaissent, à la suite d'un ictus hémiplégique, des hallucinations colorées et silencieuses à la tombée de la nuit ;

ces phantasmes sont parfaitement critiqués par la malade, qui se rend compte de leur irréalité. Cependant, le déroulement crépusculaire de ces hallucinations engendre un état d'anxiété très vive ; certaines figures telles que des squelettes ou des têtes de mort semblent traduire dans leur symbolisme expressif l'état d'inquiétude du sujet.

En raisons des symptômes neurologiques, on peut situer la lésion dans la calotte mésodiencéphalique et ainsi rattacher, comme dans les faits étudiés par Lhermitte en particulier, l'éclosion des hallucinations visuelles à une désorganisation des centres végétatifs et hypniques groupés dans le mésodiencéphale.

Trophœdème familial, par M. H. MEIGE.

L'auteur a pu retrouver une famille atteinte de trophœdème dont il avait publié l'observation, il y a trente-cinq ans ; à cette époque, la maladie portait sur 8 sujets appartenant à 4 générations ; le trophœdème est apparu dans la cinquième génération, mais avec une certaine tendance à l'atténuation. L'affection s'installe assez rapidement vers l'âge de 12 ans, puis reste pratiquement immuable, sans progresser, avec ses caractères d'œdème blanc, dur, segmentaire, non douloureux ; elle n'entrave pas le développement des membres atteints et n'apporte qu'une gêne fonctionnelle minime. Tous les traitements sont dépourvus d'action.

Kyste supra-sellaire, par M. MONTEIRO.

M. GUILLAIN présente une observation de M. Monteiro, ayant trait à une malade chez qui l'apparition d'une hémianopsie bi-temporale et la constatation de calcifications sus-sellaires firent porter le diagnostic de tumeur supra-sellaire ; la tumeur put être extirpée et l'opération fut suivie d'une guérison complète.

Jean TUSQUES.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

L'internement par « ordre de justice » des aliénés et des correctionnaires sous l'ancien régime, *d'après des documents inédits*, par P. SÉRIEUX, médecin hon. de l'Asile Sainte-Anne (40 pages, in *Revue Historique de Droit français et étranger*, Octobre 1932, p. 413. Librairie du Recueil, Sirey, Paris).

Poursuivant ses intéressantes études sur l'internement des aliénés et des correctionnaires sous l'ancien régime, *M. Paul Sérieux*, après avoir exposé précédemment (1) l'internement par « Ordre du Roi » ou lettre de cachet, et par « Sentence d'Interdiction », étudie ici les « Ordres de Justice » autres que la sentence d'interdiction (sentence qui n'était qu'une des modalités des ordres de Justice).

Il montre clairement les vicissitudes par lesquelles ont passé, au cours du XVIII[e] siècle, les « Ordres de Justice » concernant les aliénés et les correctionnaires, alors que les règles administratives et judiciaires variaient suivant les époques, les provinces et les ministres, et complète cette étude par celles des « Ordres particuliers des magistrats » (Procureurs généraux et Premiers Présidents des Parlements) et des « Ordres provisoires », délivrés par les magistrats.

M. P. Sérieux rapporte une phrase de Vergennes, Ministre de Louis XVI, rappelant qu' « aucun citoyen ne doit être privé de sa liberté, dans quel état qu'il soit, sans un jugement, rendu par juges compétents, ou un Ordre du Roi » (*Arch.*, Calvados, C. 307). Il établit, par des faits, comment s'exerçait le contrôle des Parlements sur les maisons d'aliénés et les correctionnaires, et donne des spécimens des Ordres du Procureur général pour l'internement d'aliénés aux Petites-Maisons, vers 1720, à la Salpêtrière en 1781, etc. On ne saurait trop insister sur l'intérêt considérable des documents réunis, classés et publiés par M. Sérieux, parmi lesquels on trouvera les « formalités à remplir pour l'admission des insensés à Bicêtre », rédigées par le Procureur général Joly de Fleury, des exemples d'intervention des magistrats pour enquête et décision sur simple requête d'un interné en vue

(1) Voir *Ann. méd.-psych.* — Février 1932, p. 221.

d'obtenir sa mise en liberté, des exemples aussi de placements provisoires et de leur transformation en placements définitifs après vérification, etc.

Les ordres de justice, les ordres particuliers des magistrats, ceux des autorités municipales, ceux des parents deviennent de plus en plus rares à partir du milieu du siècle. En pratique, la grande majorité des internements a lieu alors par Ordre du Roi. On désire centraliser, unifier, renforcer l'autorité royale. Puis, sous la pression des Parlements, des « philosophes » et des gens de lettres, en réaction contre certains internements de correctionnaires jugés arbitraires, le placement des aliénés par Ordre de Justice est substitué à l'internement par lettre de cachet, réservé aux correctionnaires et subordonné à des règles précises. Un décret de l'Assemblée nationale, en date du 16 mars 1790, sanctionné le 26 mars par un décret du Roi, abolit toutes lettres de cachet.

Il ne fallut pas plus de quelques mois pour s'apercevoir des services qu'avaient rendus ces « Ordres du Roi », ces « lettres de cachet », si décriés. La liberté fut rendue à nombre d'aliénés et de correctionnaires, d'éléments antisociaux dangereux. La procédure onéreuse et lente d'internement des aliénés par Ordre de Justice (sentence d'interdiction), aboutit à des plaintes contre « la divagation des fous et des furieux » et au placement des aliénés par ordre provisoire avec les repris de justice dans les maisons de répression, les dépôts de sûreté (1801), les prisons. A noter qu'en 1803, dans la pensée des auteurs du Code Civil, l'interdiction est encore appelée à précéder l'internement.

De cette étude historique si claire, si documentée, si instructive, de documents inédits d'une importance capitale pour ceux qui ne ferment pas, involontairement ou volontairement, les yeux aux expériences du passé, M. P. Sérieux, avec l'autorité qui s'attache aux paroles d'un des maîtres incontestés de la psychiatrie française, tire des conclusions dont l'actualité et la force ont la valeur d'un avertissement :

« Après une expérience d'un demi-siècle (1789-1838), qui avait démontré « l'insuffisance des Ordres de Justice pour l'internement des aliénés, la loi « sur les aliénés du 30 juin 1838, si consciencieusement élaborée, supprime « l'intervention de l'autorité judiciaire. Elle réhabilite, elle restaure « les « errements » de l'Ancien Régime ; elle rétablit les lettres de cachet : « les Ordres du Roi deviennent les Ordres du Préfet (arrêtés de placement « d'office). Sont également rétablis les Ordres provisoires des Municipalités « (placements d'urgence) et même les Ordres des parents (placements volon- « taires) que l'Ancien Régime avait supprimés. » (Page 462).

« Parmi les nombreux projets de réforme de la loi sur les aliénés de « 1838, plusieurs ont proposé la substitution de l'autorité judiciaire à l'au- « torité administrative pour le placement des aliénés. C'est là un retour, « dont on ne s'est pas avisé, à un des modes de procédure de l'Ancien « Régime. » (Page 462, note 1).

Tout commentaire à ces phrases de M. P. Sérieux risquerait d'affaiblir la portée de cette leçon du passé. La loi du 30 juin 1838 a besoin de retouches. Elle ne répond plus complètement aux nécessités actuelles. Qui le nierait ? Mais, son principal défaut n'est-il pas de dater de 1838 ? Veut-on revenir davantage en arrière et refaire une expérience malheureuse ? Est-il donc besoin de ruines pour construire ? En notre époque de constructions hâtives, croit-on pouvoir établir des bases plus solides ? *Caveant Consules*.....

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

L'hallucination dans le délire de persécution, par Pierre JANET. (*Revue philosophique* janvier-février 1932).

Cet article résumé du cours professé par l'auteur au Collège de France, est extrait d'un ouvrage en préparation sur les délires d'influence et les sentiments sociaux.

Le désintérêt des aliénistes contemporains pour l'étude des troubles psycho-sensoriels s'explique par la fausseté du postulat d'Esquirol : « l'hallucination est une perception sans objet », qu'on leur a enseigné comme une vérité.

A la conception classique de « la perception somme d'impressions », Janet oppose ce que l'on peut appeler la conception de la « perception commencement d'action ». Percevoir un objet, c'est adopter la conduite opportune envers lui, c'est se préparer instinctivement à faire ce que commande la situation : la perception est une conduite.

La perception conduite présente divers caractères qui la séparent des autres phénomènes psychologiques, notamment du souvenir, de la représentation, de la pensée. Ce sont : l'extériorité (la réaction perceptive est prise à l'égard d'un objet extérieur), l'immédiateté (elle est prise sans interposition de réflexion ou de raisonnement), la précision (elle est la même pour chacun des organes des sens), la congruence (elle est conforme aux attitudes déjà prises, aux croyances déjà nées envers l'objet), l'exclusivité (la réaction perceptive est seule à se manifester), la présence (ni la mémoire évocatrice du passé, ni l'imagination anticipatrice de l'avenir n'interviennent), l'irruptivité (toute la conscience est envahie par cette réaction), l'agressivité (cette réaction est imposée du dehors). Tous ces caractères entraînent vis-à-vis de la croyance en l'existence de l'objet, une certitude immédiate de l'être qui perçoit, certitude immédiate à laquelle le contrôle apporté par autrui ajoute une certitude sociale.

Aucun des phénomènes qualifiés hallucinations ne possède la totalité des caractères de la perception. De simples intuitions, de simples croyances sont assimilées à tort à des perceptions, alors qu'elles n'ont de commun avec celles-ci que l'immédiateté, la certitude, l'extériorité. Il y a illusion, mais non perception.

Les hallucinations des malades sont donc des croyances, des affirmations fausses. L'étude de l'hallucination est un chapitre de l'étude de la croyance non de l'étude de la perception. Ces croyances chez les délirants chroniques influencés empruntent bien plus souvent au domaine de l'ouïe qu'à celui de la vue leurs caractères perceptifs, mais sans jamais aller jusqu'à la réalisation du postulat d'Esquirol.

Cette longue discussion démontre l'insuffisance du point de vue anatomo-physiologique pour rendre compte de la genèse des troubles psycho-sensoriels. Signalons entre autres mérites, la lumière que cette conception projette sur le mécanisme des fausses reconnaissances si fréquentes chez les aliénés.

Paul COURBON.

Les sentiments dans le délire de persécution, par Pierre JANET. *Journal de Psychologie,* 1932, nº 3-4, pp. 161-240 et nº 5-6, pp. 401-460.

Ces pages forment un chapitre d'un volume en préparation, qui aura pour titre : Les délires d'influence et les sentiments sociaux. Le chapitre précédent étudiait l'explication de ce délire par l'automatisme des tendances ; il montrait que les tendances primaires ne sont guère modifiées chez les délirants persécutés. Ce chapitre cherchera le trouble essentiel dans les régulations du fonctionnement des tendances primaires, qui se présentent sous forme de sentiments, plus primitifs que les croyances explicatives, ne déterminant pas, comme les réflexes primaires, la nature et la direction extérieure de l'action, mais réglant sa force, sa durée ou ses arrêts, intermédiaires, en un mot, entre les actes élémentaires et les croyances.

Dans une première partie, Pierre Janet décrit les sentiments d'emprise. Parmi eux, les sentiments d'intimidation, de jalousie et de haine sont des sentiments communs, d'une grande banalité, mais qui sont particulièrement développés chez les persécutés. Un second groupe, plus important, contient des sentiments qui peuvent être considérés comme les sentiments spécifiques des persécutés ; ce sont les sentiments d'emprise, et l'auteur décrit, en citant de nombreux exemples, les sentiments d'imposition, les sentiments de privation et de vol, les sentiments de pénétration, le devinement de la pensée, l'écho de la pensée, le sentiment de dédoublement.

Le chapitre VI, « Les sentiments d'emprise et le délire », est important pour bien comprendre la position doctrinale de l'auteur : « J'admets que les sentiments d'emprise ne viennent pas d'en haut, qu'ils ne dépendent pas de la superstructure du délire, mais je ne suis pas convaincu qu'ils ne puissent pas être rattachés à des troubles psychologiques des fonctions inférieures. Il y a des phénomènes que l'on peut à la rigueur appeler mécaniques et qui sont encore psychologiques. » (p. 192). Les sentiments d'emprise sont antérieurs au délire, plus simples que lui : ils sont intellectualisés parce que le malade cherche à se faire comprendre et à se comprendre lui-même, et parce qu'il n'a plus un niveau suffisant pour distinguer les sentiments internes et les actions externes (pp. 193-194).

Dans une deuxième partie, Janet étudie le mécanisme de l'objectivation sociale intentionnelle, qui, compliquant et intellectualisant les sentiments du vide étudiés bien souvent par lui, donnent naissance aux sentiments d'emprise.

Dans la troisième partie : « Essai d'interprétation des sentiments d'emprise », il montre la complexité des conduites sociales, leur caractère double; il oppose les actes d'initiative et les actes inspirés, le don et le vol, le montrer et le cacher ; la signification de l'acte social pour le sujet dépend du sentiment qui accompagne l'acte social, effort, fatigue, angoisse ou triomphe. C'est ainsi que le sentiment d'imposition naît lorsque « la réaction de l'effort qui ne suffit plus est remplacée par la réaction mélancolique d'échec et d'horreur de l'acte, qui amène la fuite de l'acte » ; l'acte difficile est souvent un acte social, et l'on sait que pour P. Janet, tout acte devient plus difficile lorsqu'il doit être accompli socialement. Le « sentiment d'hallucination » a une genèse analogue: « ces sentiments d'angoisse appliqués à des actes de valorisation sociale sont des sentiments d'humiliation... Il pense à ces humiliations, se les représente par les expressions de mépris et en arrive à la représentation des expressions injurieuses. » Des mécanismes introspectifs de même ordre rendent compte des sentiments de présence, des sentiments de substitution

et de pénétration, du sentiment de devinement décrit par Heuyer, du sentiment de l'écho de la pensée auquel s'attache le nom de Clérambault, du sentiment de dédoublement, du transitivisme décrit par Pick.

A la base de tous ces sentiments relatifs aux actions, « interprétations intellectuelles surajoutées », « superstructures », il y a donc des sentiments plus généraux et plus simples, parmi lesquels l'angoisse semble avoir un rôle primordial. M. Pierre Janet analyse les superstructures, décrit les « spéculations psychologiques bien dangereuses » des malades, le jeu de la logique des sentiments et de l'introspection morbide. Explications par conséquent psychologiques et psycho-sociales, qui ne nient pas d'ailleurs le rôle de mécanismes psychobiologiques. Daniel LAGACHE.

Les obsessions. Introduction à l'étude physiologique des troubles du courant de la pensée, par H. BARUK. *Le Bulletin Médical*, 3 octobre 1931.

Ce travail très complet met en œuvre les ressources variées de la physiologie et de la psychologie, capables d'éclairer les questions cliniques, pathogéniques et thérapeutiques soulevées par l'étude des obsessions.

M. H. Baruk décrit d'abord la constitution de l'obsédé et les épisodes de son existence pathologique. Le pronostic est sérieux et le traitement toujours délicat à poursuivre. Cependant, toutes les obsessions ne paraissent pas être constitutionnelles et il existe des formes acquises qui se développent à la suite de perturbations morales et même somatiques. L'auteur étudie donc ces variétés, en général plus aisément curables ; d'autres états morbides où les obsessions s'aggravent et évoluent vers le délire, où elles ne constituent qu'un stade fugace de la désagrégation psychique de la démence précoce.

Le problème pathogénique fournit à M. H. Baruk l'occasion d'intéressants aperçus sur les troubles légers du déroulement et de la contention de la vie intérieure, sur le mécanisme de l'obsession, sur ses relations avec les conflits affectifs, avec le refoulement des tendances, avec des craintes inavouées. Toutes ces notions expliquent insuffisamment l'épanouissement des manifestations obsédantes, si on ne fait pas intervenir les causes héréditaires ou l'affaiblissement occasionnel du système nerveux, dont l'auteur a étudié les modalités au début de son travail. Les nombreux faits psychophysiologiques qui concourent à la formation de l'état obsessionnel expliquent la diversité des moyens thérapeutiques à associer : correction des troubles glandulaires, dépistage et traitement des toxi-infections, hygiène morale acceptée grâce à la confiance inspirée au malade par le bienveillant intérêt et l'autorité affectueuse de son médecin. P. CARRETTE.

Les émotions, par L. CIAMPI. *Boletin del Instituto Psiquiatrico*, Rosario, avril-mai-juin 1931.

La théorie périphérique des émotions contient, d'après l'auteur, une grande part de vérité, mais elle n'envisage pas tout le problème. L'émotion est antérieure aux mouvements d'expression, puis ceux-ci se répercutent dans la conscience. On peut dès lors imaginer le cycle suivant : perception-sensation ; activité consciente du cortex, c'est-à-dire reconnaissance de la valeur affective du phénomène (émotion primaire) ; manifestations réflexes bulbaires, thalamiques, humorales ; retour à la conscience ; état émotionnel vrai, complet. P. CARRETTE.

Considérations sur le comportement des Instincts latents durant les états de maladie et de convalescence, par M. PESERICO (*Archivio generale di Neurologia, psichiatria et psicoanalisi)* volume XIII, 1932.

L'auteur rappelle les phénomènes de régression de la vie affective durant l'évolution des maladies, il montre la restauration progressive des sentiments variés dans la période de convalescence. Il met en évidence le jeu des instincts et son rôle dans les variations transitoires de la vie affective. Ce jeu des instincts se manifeste et se révèle à travers les voies de la cénesthésie et correspond à un travail progressif et latent des instincts eux-mêmes. Paul ABÉLY.

L'éveil de l'activité cérébrale chez le nourrisson, par M. PEIPER (A.) de Berlin. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, mai 1932, Tome CXXXIX, Cahier 5, pages 781 à 790.

Le cerveau du jeune nourrisson et particulièrement du nouveau-né, n'est pas « mûr » (unreif) au point de vue physiologique. Les troubles respiratoires d'origine centrale sont d'une extrême importance à ce stade du développement. A cette fonction respiratoire primordiale se lient des fonctions motrices indifférenciées. L'évolution des fonctions cérébrales se fait selon un schéma architectonique tel que des fonctions acquises peuvent disparaître, être « recouvertes » par des fonctions plus différenciées. L'analyse de tout le développement des fonctions cérébrales est faite de main de maître par l'auteur, auquel on est redevable d'importants travaux antérieurs sur la question. On s'étonne de ne pas lui voir citer les recherches de M. Minkowski (de Zurich), sur le même sujet (Etat actuel de l'étude des réflexes. Traduction française par nous-mêmes, 1926). Rappelons le travail récent de Schachter (*J. de N. belge*), sur le même point. Henri EY.

Considérations sur l'activité cérébrale du nourrisson, par M. SCHACHTER. (*Journal de Neurologie et Psychiatrie*, juin 1932).

Le professeur Peiper, de Berlin, a consacré une série de travaux à l'étude et au contrôle des opinions concernant l'activité cérébrale du nourrisson et du nouveau-né. Peiper a fait des observations et des expériences minutieuses sur des nouveau-nés et étudié la psycho-physiologie de leurs réactions à diverses excitations (visuelles, auditives, cutanées, etc.). Il semble résulter de ces expériences que l'éveil sensoriel (couleurs, bruits), la possibilité de localiser des sensations cutanées est beaucoup plus précoce qu'on ne le croit généralement. L'enfant n'est pas sourd à la naissance.

En ce qui concerne *la vie psychique*, on peut affirmer qu'il y a discernement entre des sensations assez voisines (mamelon, tétines) à un stade très précoce. La reconnaissance peut se faire à 2 mois, les réflexes conditionnels apparaissent à 5-6 mois. SENGÈS.

Introduction à l'étude de la distraction et de l'inattention chez l'enfant, par Gilbert ROBIN. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, mars 1932.

Cet article a surtout en vue la définition des termes, point de départ de toute étude sérieuse. Dans le domaine de la psycho-pathologie infantile, Robin choisit la question des troubles de l'attention. Il différencie la

distraction par activité mythique, par lenteur, par obnulation et l'inattention par défaut ou aprosexie, par diffusion ou hyperprosexie ; puis il situe ces symptômes dans les cadres des divers états pathologiques. Il montre également l'écart pragmatique fondamental de la distraction et de l'étourderie.

P. CARRETTE.

Les troubles du langage chez l'enfant en dehors des troubles de l'articulation et de la prononciation (parole, lecture, écriture), par Gilbert ROBIN. *Le Concours Médical*, 16 mars 1932.

Courte revue des troubles du langage parlé : entendant-muets par surdité verbale congénitale, audi-mutité par retard de développement des fonctions praxiques ; des troubles de la lecture et de l'écriture : cécité verbale congénitale, alexie, agraphie. L'auteur rappelle en terminant les caractères (lenteur, erreurs, omissions), des troubles du langage chez l'enfant épileptique.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Le sang dans les maladies mentales, l'epilepsie et la paralysie générale, par L. MARCHAND. in *Traité du sang*, de A. GILBERT et M. WEINBERG, p. 327-351 (J. B. Baillière, édit., Paris, 1932).

Mise au point des connaissances actuelles sur l'état du sang dans les maladies mentales.

Les éléments figurés sont habituellement normaux, sauf dans les psychoses aiguës, après des crises épileptiques, et dans certains cas de paralysie générale, où l'on observe souvent une formule cytologique de maladie infectieuse.

Les études de l'état physique du sang apportent des résultats souvent contradictoires ; de même celles portant sur l'état chimique. Cependant, le taux des métaux (Na, K, Ca, Mg) serait normal dans la psychose périodique, alors que Ca et Mg seraient diminués dans l'épilepsie. L'albumine sanguine a été trouvée augmentée dans la démence précoce. Les lipoïdes sont fréquemment augmentées, sauf dans les psychoses aiguës. L'urée et l'azote résiduel dépassent les taux normaux au cours des accès confusionnels aigus et de l'état de mal comitial.

Les recherches sur la glycémie spontanée ou provoquée ont fourni des résultats variables ne permettant pas de conclusion définitive.

Dans l'épilepsie, on observerait une alcalose habituelle, mais les hypothèses de Bigwood sont combattues par des résultats divergents d'autres auteurs, et ne sont plus admis sans réserves.

Les réactions de la syphilis sont positives dans 90 à 96 0/0 des cas de paralysie générale ; en cas de négativité durable, il s'agit d'habitude de malades traités. Dans l'idiotie, les réactions sont positives dans 4,5 à 20 0/0 des cas, suivant les statistiques.

Dans l'épilepsie, l'auteur a trouvé, sur 241 sujets, la syphilis 11 fois héréditaire (4,5 0/0), et 17 fois acquise (7 0/0).

La toxicité du sérum est augmentée dans les psychoses aiguës ; résultats variables avec le sang d'épileptiques.

Quant aux hémocultures, les résultats positifs concernent d'habitude des erreurs de technique, sauf dans quelques cas de délire aigu et dans les formes catatoniques de la démence précoce, où l'on a trouvé l'entérocoque.

Cette courte analyse ne peut donner qu'une idée très incomplète de l'intérêt de ce travail, qui, basé sur une documentation de plus de 200 références et les recherches personnelles de l'auteur, constitue un exposé d'ensemble de la question, encore à peine ébauchée, du syndrome humoral des maladies mentales. En indiquant les faits acquis, cette étude montre aussi tout ce que nous ignorons et les points qui appellent des recherches nouvelles.

A. COURTOIS.

La réaction photosérochromatique de Kottmann dans les maladies mentales, par L. CIAMPI et I. B. ANSALDI. *Boletin del Instituto Psiquiatrico de la Falcultad de Ciencias Médicas de Rosario,* juillet-décembre 1931.

Kottmann a observé qu'en ajoutant de l'iodure de potassium et du nitrate d'argent au sérum sanguin et qu'en exposant le mélange à une source de lumière en présence d'un révélateur comme l'hydroquinone, on obtenait une réduction argentique décelée par la coloration bronzée du liquide. La vitesse de la réaction dépend de la qualité du sérum. Ce procédé d'investigation a été utilisé pour reconnaître les altérations du pouvoir de dispersion des colloïdes dans le sérum de sujets atteints de troubles thyroïdiens. Le retard de la réaction varie notablement ; il est modifié par les traitements iodé et bromé qui augmentent le pouvoir de dispersion, par la thérapeutique calcique qui le diminue. De nouvelles recherches permettent d'apprécier l'action humorale des mêmes médications sur les déments précoces et les paralytiques généraux.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Sur les myoclonies de la chorée électrique d'Enoch-Bergeron, par MM. Ludo VAN BOGAERT et SWEERTS. (*Revue neurologique*, t. 1, n° 3, mars 1931).

Les auteurs relatent l'observation d'un enfant atteint de désordres moteurs (non encéphalitiques) que l'on peut distinguer en : 1° mouvements choréiques ; 2° secousses cloniques ; 3° myoclonies. En se basant sur des tracés myographiques simultanés, les auteurs concluent que, dans la chorée de Hénoch-Bergeron, les clonismes sont arythmiques (ce qui les oppose franchement aux hypercinésies de l'encéphalite épidémique) ; l'intrication étroite des myoclonies monomusculaires asynergiques (type Unverricht-Freidreich), à des myoclonies plurimusculaires synergiques (type Bergeron), peut faire considérer les premières comme un fragment moteur des secondes. Cependant, l'absence de synergie des premières impose une réserve à l'égard de cette unification.

J. TUSQUES.

Les spasmes vasculaires en neurologie. Etude clinique et expérimentale, par RISER, Professeur de Clinique Neurologique, P. MERIEL, Chef de Laboratoire et PLANQUES, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse (avec sept planches hors texte). *Encéphale*, juillet-août 1931, n° 7, p. 501.

Très importante contribution à l'étude de cette question qui passionne les chercheurs d'explications des symptômes si fréquents et si mystérieux de claudication du système nerveux. Neurologistes et ophtalmologistes

s'exercent dans une collaboration féconde, à l'éclaircir. Ceux-ci ont le privilège d'observer directement l'artère rétinienne. Ceux-là ont recours à la méthode anatomo-clinique et expérimentale.

Quatre observations judicieusement sélectionnées attestent que l'établissement de grands foyers de ramollissement sur le territoire de la Sylvienne peut être précédé de spasmes de ce vaisseau se traduisant par des symptômes transitoires tels que hémiplégie, hémianesthésie, hémianopsie, aphasie totale. Les auteurs ne mentionnent pas des troubles cérébraux du type intermittent et de forme cyclothymique que nous avons vu nous-même précéder la rupture ou l'oblitération vasculaire.

Pour que le spasme ne soit pas qu'une hypothèse, il s'agit de l'enregistrer graphiquement, photographiquement, de le produire expérimentalement. C'est à quoi se sont appliqués les auteurs avec conscience et avec succès. Il faut lire les détails de leurs expériences ingénieuses. Nous sera-t-il permis d'ajouter que ces recherches devront être complétées par une étude approfondie du caractère anatomique des lésions vasculaires. De nos constatations personnelles, il résulte que le tissu élastique y joue un rôle curieux qui ne se réduit pas à celui d'une réduction pure et simple.

Roger ANGLADE.

Le réflexe de posture du biceps. Nature de la contraction musculaire. Etude comparative des facteurs posturaux et psycho-moteurs en particulier dans l'encéphalite léthargique, par H. CLAUDE, H. BARUK et Mlle S. NOUEL (avec 4 planches hors texte). *Encéphale,* septembre-octobre 1931, n° 8, page 581.

Etudié à l'état normal et au cours de divers états pathologiques, ce réflexe, aussi facile sinon plus à observer que celui du jambier antérieur — les détails de technique donnés par les auteurs l'attestent — a donné entre leurs mains les résultats suivants inscrits graphiquement et électromyographiquement : I. Chez les sujets à psychisme intact : des courants d'action dont le rythme diffère de ceux du tétanos physiologique. II. Chez les sujets psychopathes : un réflexe vrai avec ses caractères de fixité, de temps, de latence ; une réaction musculaire psycho-motrice variable, rapide et un rythme de courants d'action rapide comme dans le tétanos physiologique. Donc deux manifestations différentes cliniquement et physiologiquement différenciables par l'épreuve de la scapolamine. III. Dans l'encéphalite léthargique on observe tantôt des perturbations posturales exclusivement, tantôt des réactions psycho-motrices, tantôt les deux à la fois.

Il est du plus haut intérêt de parvenir ainsi à distinguer et à inscrire des réflexes propres aux états psychopathiques.

Roger ANGLADE.

Contracture musculaire après injection intravasculaire de cathésine, par Bohumil K. PRUSIK. *Bratislavské Lekarske Listy* septembre 1931.

Une minute après l'injection de 4 à 5 mmgr. de cathésine, la contracture apparaît dans le territoire musculaire irrigué par l'artère intéressée. Elle n'est jamais insurmontable passivement et fait place assez rapidement à la parésie. Tous ces phénomènes cessent au bout de 5 à 10 minutes. Les 2 phases correspondent à la succession de la vaso-constriction et de la vaso-dilatation.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 février 1933,* à 9 h. 1/2 *très précises,* à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 27 février 1933,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 mars 1933,* à 9 heures 1/2 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 27 mars 1933,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie.

M. le Dr George M. KLINE, Directeur des Hôpitaux pour maladies mentales de l'Etat de Massachusetts, membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique, Chevalier de la Légion d'Honneur.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1934.

Prix AUBANEL. — 3.000 francs

Ce prix, *triennal,* et habituellement de 1.500 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-Psychologique à 3.000 francs, pour l'année 1932 et reporté à 1934. Il est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Pour 1934, la Société a désigné le sujet suivant : *Conséquences cliniques, anatomo-biologiques et thérapeutiques de la malariathérapie de la paralysie générale.*

Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs

Ce prix, *biennal,* sera décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1932 et en 1933, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Prix TRÉNEL. — 1.000 francs

Prix d'Anatomie et d'Histologie normale et pathologique du système nerveux

Ce prix, d'une valeur de 1.000 francs, sera décerné en 1934 par la Société Médico-psychologique à l'auteur d'un mémoire sur l'anatomie microscopique normale ou pathologique du système nerveux.

Le concours pour ce prix est réservé aux internes en médecine des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine, nommés au concours, en fonctions à la date du 1er mai 1932.

Le texte et les figures ou planches du mémoire devront être inédits et n'avoir obtenu de prix dans aucune autre Société. Ce travail, dont le sujet est laissé au choix de l'auteur, devra être basé sur des documents anatomiques recueillis dans l'un des services des asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Les préparations microscopiques devront être mises à la disposition de la Commission chargée de présenter à la Société Médico-psychologique un rapport sur les mémoires remis en vue de ce concours.

Ces mémoires devront être déposés, au plus tard le 31 décembre 1933, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.

Prix CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel*, et habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1934. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du prix Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix *après* l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

N. B. — *Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés avant le 31 décembre 1933, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.* Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre

de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).

Année 1935.

Prix CHRISTIAN. — Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 500 francs pour l'année 1935.

Année 1936.

Prix BELHOMME. — Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 fr. pour l'année 1936.

Prix MOREAU DE TOURS. — *Biennal*, 200 francs.

Prix CHRISTIAN. — Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 500 francs pour l'année 1936.

Année 1937.

Prix AUBANEL, *triennal*. — 1.500 francs.

Prix CHRISTIAN, *annuel*. — 300 francs.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr PARIS, ancien Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy, Médecin-Chef honoraire des Asiles publics d'aliénés.

Légion d'Honneur.

Est promu au grade d'*Officier de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr Georges DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs au Ministère de la Santé publique.

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'Or :

M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, Médecin des Asiles publics d'aliénés.

Médaille d'Argent :

M. le Dr Paul ABÉLY, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

M. le Dr LAUZIER, Médecin-Chef de service à l'Asile interdépartemental de Clermont-de-l'Oise.

Nominations.

M. le Dr E. BAUER, Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne), est mis, sur sa demande, à la disposition de M. le Gouverneur général de l'Algérie.

M. MENGAILHOU, Directeur-administratif de la Maison départementale de Santé de la Seine-Inférieure, est nommé Directeur-administratif de l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var).

Vacance de poste.

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

En l'honneur du Dr G. Dequidt.

A l'occasion de la promotion au grade d'*Officier de la Légion d'Honneur* de M. le Dr Georges DEQUIDT, *Inspecteur général des Services administratifs*, un Comité, présidé par le Dr Jules RENAULT, vice-président du Conseil Supérieur d'Hygiène publique, Membre de l'Académie de Médecine, a été constitué pour lui offrir une médaille sculptée par le maître Jean MARTEL, médaille qui lui sera remise le 20 février 1933, au cours d'un dîner amical. Les inscriptions sont reçues par *M. Gouineau*, 90, Champs-Elysées, à Paris.

A propos du projet de désaffectation de l'Asile Sainte-Anne.

PROTESTATION DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ETUDIANTS EN MÉDECINE

Le Comité de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine* tient tout d'abord à déclarer qu'une modernisation complète de la Faculté lui apparaît nécessaire et urgente.

Il se déclare satisfait que l'idée de reconstruction à Issy-les-Moulineaux soit abandonnée, mais il déplore le projet de transfert sur l'emplacement de l'Asile clinique dit de Sainte-Anne, parce que ce projet implique la destruction et, pour le moins, la dispersion d'un ensemble de créations du plus haut intérêt (entre autres le centre d'impaludation du docteur Leroy), qui constitue un centre psychiatrique unique à Paris, traditionnel et de la plus haute importance. Sans parler d'objections d'ordre technique (solidité du terrain), financières, sociales et humanitaires qui dépassent la compétence de l'Association.

Le Comité demande que l'on étudie la possibilité de reconstruire sur l'emplacement de l'Ecole pratique actuelle ; on pourrait, pendant les travaux, créer une école pratique provisoire. Le Comité signale, en outre, un argument de sentiment et de tradition. Le Quartier latin forme un tout qu'il serait fâcheux de morceler.

Pour le Comité :
Le Secrétaire général,
F. LEJEUNE.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIIe session (Rabat, 7-13 avril 1933)

Questions mises à l'ordre du jour de la XXXVIIe session.

Il est rappelé que la XXXVIIe Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Rabat* (Maroc), du 7 au 13 avril 1933, sous la présidence de M. le Professeur Georges GUILLAIN, de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

Les questions mises à l'ordre du jour de cette XXXVII[e] session sont : PSYCHIATRIE : *Les Encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le Docteur L. MARCHAND, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne) ; NEUROLOGIE : *Les Ataxies.* — Rapporteur : M. le Docteur Raymond GARCIN, Médecin des Hôpitaux de Paris ; MÉDECINE LÉGALE : *Conséquences médico-légales des Amnésies Traumatiques.* — Rapporteur : M. le Docteur Paul ABÉLY, Médecin-Chef du Service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

Inscriptions à l'ordre du jour des séances.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux discussions des rapports, ou présenter des travaux, sont priés de s'inscrire, *avant le 20 mars 1933*, auprès du Secrétaire général [D[r] René CHARPENTIER, 119, rue Perronet à Neuilly-sur-Seine (Seine), en indiquant les titres de leurs communications et le numéro de leur carte de membre du Congrès.

En dehors des questions mises à l'ordre du jour de la session, il peut être accepté des communications sur tous sujets de psychiatrie, de neurologie, d'assistance, thérapeutique et médecine légale neuro-psychiatriques.

Inscriptions au Congrès.

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1933 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité (1).

En dehors des membres de l'Association, inscrits d'office à chacune des sessions du Congrès, et que leur cotisation annuelle dispense de cotisation à la session, il peut être inscrit à chaque session des membres adhérents et des membres associés.

La cotisation des *membres adhérents* à la 37[e] session a été fixée à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

(1) Adresser les candidatures au titre de membre titulaire au Docteur René CHARPENTIER, Secrétaire général, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Envoyer le montant des cotisations *en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal,* avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, *trésorier,* 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.

Renseignements concernant le séjour et le voyage.

Pour tous renseignements concernant l'organisation locale du Congrès, s'adresser, en indiquant le numéro de la carte de Congressiste, soit au *Secrétaire annuel* [Dr DE LABRETOIGNE DU MAZEL, rue de Madrid, Mers Sultan, Casablanca (Maroc)], soit à l'AGENCE EXPRINTER, 26, Avenue de l'Opéra, à Paris, qui donnera également tous renseignements concernant les facilités de voyage, réductions de prix, etc., accordées aux Congressistes.

IIe RÉUNION EUROPÉENNE D'HYGIÈNE MENTALE

(Rome, 27-28 septembre 1933)

PROGRAMME

27 septembre :

à 9 heures : Inauguration. — 1er Rapport : *L'Hygiène mentale et l'Ecole,* Prof. Eugenio MEDEA (Milan, Italie). — Discussion. Communications.

à 14 heures : 2e Rapport : *L'assistance publique extra-hospitalière aux prédisposés aux maladies mentales et aux individus qui sont sortis des hôpitaux psychiatriques,* Prof. Auguste LEY (Bruxelles, Belgique). — Discussion. Communications.

28 septembre :

à 9 heures : 3e Rapport : *L'importance de la Famille pour l'Hygiène mentale,* Direktor Dott Hans ROEMER (Illenau, Allemagne). — Discussion. Communications.

Les séances auront lieu : le premier jour, au Palais de l'Administration Provinciale de Rome, et le second jour, à l'Hôpital Psychiatrique de Rome.

UNE NOUVELLE REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE

Hippocrate.

Sous la *direction* du Dr M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris, paraîtra le 1er mars 1933 HIPPOCRATE, *Revue d'Humanisme médical.*

Les numéros suivants paraîtront à raison d'un tous les deux mois. Chaque numéro, édité sur beau papier, aura au moins 250 pages de textes et 30 illustrations.

Parmi les collaborateurs, on note les noms de M. le Dr H. DROUIN, *rédacteur en chef ;* MM. André ARTHUS, Marcel BOLL, DELAUNAY, Elie FAURE, VINCHON, VOIVENEL, etc., etc.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 45.622

Tome I. — N° 2 Février 1933

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LES VARIATIONS DE LA FORMULE LEUCOCYTAIRE DANS LES MALADIES MENTALES (1)

PAR

J. TINEL

Il y a bien des années déjà que nous avons, mes collaborateurs et moi, entrepris l'étude de la formule sanguine au cours des maladies mentales. Mais pendant bien longtemps ces recherches n'avaient abouti à aucun résultat intéressant.

Quelle que fût en effet la maladie mentale envisagée, mélancolie anxieuse, confusion mentale, dépression asthénique, excitation maniaque ou démence précoce, les examens du sang se montraient tellement discordants et variables que nous avons bien des fois abandonné ces recherches, les jugeant incapables de fournir aucune solution.

Il a fallu plusieurs années pour que nous commençions à entrevoir les rapports qui pouvaient exister entre les divers syndromes mentaux et les variations sanguines, en particulier celles de la formule leucocytaire.

(1) Communication faite à la Société Médico-psychologique le 8 décembre 1932.

Et si nous sommes arrivés maintenant à saisir les *relations à peu près constantes* qui existent entre le syndrome mental et la formule leucocytaire, c'est après avoir éliminé toute une série de causes d'erreur, et après avoir dû faire de nombreuses incursions sur le terrain de la physiologie générale.

La principale difficulté, dans ces cas, est d'abord en effet d'établir la *formule sanguine réelle* du sang et les *variations réelles* qu'elle peut présenter.

Il nous a donc fallu étudier toute une série de causes d'erreur, fort intéressantes du reste, constituées par les *variations apparentes et artificielles* de la formule, que réalisent le froid, le réchauffement, la douleur et l'émotion (1). Ces modifications qui peuvent être très importantes, semblent presque uniquement liées à des processus de vaso-constriction périphérique ; la diminution des polynucléaires et des grands mononucléaires avec tendance à l'inversion de la formule, est dans ces cas une réaction purement périphérique, locale, qui ne se retrouve pas dans le sang veineux, et qu'il faut attribuer probablement à des phénomènes de margination et d'accolement leucocytaire sur les parois des vaisseaux contractés.

Il fallait, d'autre part, éliminer les variations leucocytaires qui traduisent un choc anaphylactique ou anaphylactoïde, et nous avons montré avec Santenoise quelle était la fréquence et l'importance de ces processus de choc dans l'éclosion des accès maniaques anxieux, confusionnels, migraineux ou épileptiques (2).

A vrai dire, les variations temporaires de la formule qui accompagnent le choc, sont en grande partie aussi des variations apparentes, qui se rencontrent presque uniquement dans les petits vaisseaux périphériques et ne se retrouvent pas dans le sang veineux. La leucopénie et l'inversion de la formule sont encore ici probablement dus à des phénomènes vaso-moteurs périphériques. Mais il existe incontestablement aussi, dans le choc hémoclasique, d'autres modifications sanguines, troubles de la coagulabilité, augmentation de l'indice réfractométrique, qui sont réelles et non pas apparentes ; il existe même des variations réelles de la formule leucocytaire, mais elles sont

(1) Tinel. — Les variations leucocytaires de cause mécanique et nerveuse. *Arch. des maladies du cœur,* sept. 1923.

Tinel et Santenoise. — Vago-sympathique et choc anaphylactique. *Journ. méd. français,* mars 1922.

(2) Tinel et Santenoise. — Vago-sympathique et Anaphylaxie dans les crises paroxystiques de manie, d'anxiété et d'épilepsie. *Presse Méd.,* 15 avril 1922.

plus tardives et moins importantes que celles dont nous parlons, qui, immédiates, accompagnent la chute de tension caractéristique du choc et qui sont uniquement apparentes et périphériques.

Nous allons voir également tout à l'heure avec quel soin il faut éviter les variations de la formule que produisent dans les syndromes mentaux les agents pharmacodynamiques où les intoxications surajoutées, en particulier le tabac.

Si nous ajoutons à ces divers facteurs de variation, l'action modificatrice des phénomènes digestifs, souvent exagérée dans un certain nombre d'états nerveux ; si nous pensons à l'influence des règles, à celle des infections intercurrentes ou des médications pyrétogènes, etc., nous voyons quelle peut être, dans certains cas, la difficulté d'établir la formule vraie du malade. Mais lorsqu'on a pu établir cette formule réelle, on est frappé de voir avec quelle fréquence elle se superpose à l'état mental du sujet, ou plus exactement aux réactions physiologiques qui accompagnent cet état mental.

Ce n'a donc pas été sans peine et sans être obligés à bien des détours que nous sommes arrivés à cette solution. Toute incomplète et imparfaite qu'elle soit encore certainement, elle nous paraît cependant assez précise pour nous permettre d'établir entre le trouble mental et la formule leucocytaire un rapport à peu près constant et d'entrevoir le mécanisme probable des variations observées. Elle peut se formuler ainsi :

Les variations de la formule leucocytaire au cours des maladies mentales réflètent fidèlement les diverses réactions du système végétatif et particulièrement du système sympathique qui, selon les cas, traduisent, accompagnent ou provoquent le trouble mental.

I

Résultats d'une expérience de contrôle

Mais avant de vous exposer les recherches successives qui nous ont amené à cette solution, je voudrais d'abord vous montrer comment le problème se pose et quelle est la constance vraiment remarquable des variations leucocytaires observées.

Je ne puis le faire mieux qu'en dépouillant, avec vous, sans autre explication, les résultats d'une épreuve que je me suis imposée pour vérifier l'exactitude de mon hypothèse. C'est un véritable petit « concours de devinettes » que j'ai pu réaliser

grâce à l'accueil bienveillant que m'a fait M. le Dr Marchand dans son service, et à la complaisance de son interne, Mlle Deschamps.

J'ai donc demandé à M. le Dr Marchand de me confier quelques lames de sang prélevées sur des malades que je ne connaissais pas, et dont j'essayerais « sur lame » de faire le diagnostic.

Il me fallait évidemment des malades assez caractéristiques ; il me fallait aussi du sang prélevé en gouttes assez petites pour être étalées et examinées en totalité sur la lame ; du sang prélevé en dehors des règles, sans émotion et sans douleur, en dehors des périodes digestives comme aussi des phénomènes de choc ou des accès fébriles, en dehors également de toute action thérapeutique et de toute intoxication alcoolique et surtout tabagique...

D'autre part, je n'avais promis, vous le pensez bien, qu'un diagnostic assez vague ! me bornant en somme à dire si le malade était en état d'excitation ou de dépression..., quitte à ajouter peut-être quelques arguments plaidant en faveur d'un diagnostic un peu plus explicite...

Voyons donc les résultats de cette épreuve :

I. — Vig... *Diagnostic sur lame de sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
38	5	10	23	26

Je formule le diagnostic : syndrome de dépression très accusé (pourrait être D. P. avec inertie et ralentissement, mais plus probablement *mélancolie anxieuse avec stupeur* en raison de l'éosinophilie).

Diagnostic du service : Mélancolie anxieuse avec stupeur et ralentissement psychique.

II. — Joub... *Diagnostic sur lame de sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
50	2	8	17	23

Syndrome de dépression modéré : *mélancolie dépressive* ou *démence précoce avec inertie.*

Diagnostic du service : Démence précoce.

III. — Menc... *Diagnostic sur lame de sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
73	1	5	6	15

Syndrome *excitation* assez accusé : *excitation maniaque ou agitation anxieuse.*

Diagnostic du service : Mélancolie anxieuse avec agitation extrême.

IV. — Vial... (sur lequel je reviendrai tout à l'heure).

V. — N° 2. *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
72	1	4	3	20

Syndrome d'excitation : *excitation maniaque ou agitation anxieuse.*

Diagnostic du service : Etat d'excitation polymorphe, incohérente, peut-être infectieuse, peut-être en évolution vers démence précoce.

VI. — N° 3. *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
76	0	3	5	16

Excitation maniaque probable, à la rigueur anxieuse.

Diagnostic du service : Malade agité : *syndrome d'excitation maniaque.*

VII. — N° 7. *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
46	0	7	11	36

Diagnostic hésitant : Mélancolie dépressive ou démence précoce ?

Diagnostic du service : Fin d'une période d'excitation chez un périodique. Peut-être évolution vers démence précoce. (L'examen du sang plaiderait plutôt, comme nous le verrons, pour une évolution de démence précoce).

VIII. — Lel... *Diagnostic du sang :* —

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
72	0	6	8	14

Excitation maniaque presque certaine, à la rigueur agitation anxieuse.

Diagnostic du service : Périodique en pleine *excitation maniaque.*

IX. — Bond... *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
47	1	8	18	26

Démence précoce avec inertie, pourrait être stupeur mélancolique ? mais bien peu d'éosinophilie.

Diagnostic du service : Démence précoce typique.

X. — *Gus...* (que nous retrouverons tout à l'heure).

XI. — X..., 29 novembre. *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
70	3	7	7	23

La polynucléose doit être en réalité plus forte, elle semble atténuée par une décharge de lymphocytes jeunes.

Syndrome d'excitation : probablement *agitation anxieuse* en raison de l'éosinophilie.

Diagnostic du service : Etat anxieux avec agitation, tremblements, tachycardie, sueurs profuses, etc...

A côté de ces résultats qui, dans l'ensemble, sont vraiment satisfaisants, restent les deux malades IV et X, pour lesquels s'est nettement accusée une discordance entre l'état clinique et la formule leucocytaire.

Obs. IV. — Vial... *Diagnostic du sang :*

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
49	4	6	22	19

J'avais formulé : « *Syndrome dépressif très accusé.* On pourrait « penser à un état de dépression anxieuse mélancolique en raison de « l'éosinophilie ; mais les éosinophiles sont mal caractérisés, à petits « grains, peu réfringents, comme on en voit souvent dans la démence « précoce.

« Probablement *démence précoce* avec inertie. »

Diagnostic du service : Etat d'agitation chez un dément précoce.

La discordance est flagrante, puisque l'examen du sang montre un syndrome d'inertie végétative et que le tableau clinique est celui d'un état d'agitation.

Mais, frappé de cette discordance même, j'ai demandé à M. Marchand s'il ne s'agirait pas, par hasard, d'une excitation apparente, surtout verbale, chez un dément précoce ? Et j'ai appris, en effet, qu'il existait en somme chez ce malade, une excitation artificielle, avec logorrhée intarissable, que l'on pouvait, évidemment, considérer plutôt comme une libération d'automatisme mental, sans réaction physiologique vraie d'excitation.

L'observation X, Gust..., est d'interprétation plus obscure.
Diagnostic du sang :

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
—	—	—	—	—
66	1	5	13	15

« Je suis très embarrassé pour poser un diagnostic sur cet examen « qui, contrôlé à plusieurs reprises, m'a toujours donné une formule « absolument normale !... »

Diagnostic du service : Etat confusionnel avec excitation et fièvre 38°, 38°5. — « On ne sait pas encore ce que c'est. »

Le cas est vraiment singulier, car on comprend difficilement comment un malade agité et fébrile peut avoir ainsi une formule normale !... Je serais porté, par conséquent, à me demander s'il ne s'agissait pas d'un dément précoce dont la formule de leucopénie et de monocytose, si fréquente au cours de la démence précoce, n'aurait pas été momentanément ramenée à l'état normal par la légère poussée de polynucléose fébrile ?...

Si nous faisons abstraction de ces deux derniers cas, assez complexes en somme, vous pouvez constater que, dans l'ensemble, un parallélisme vraiment satisfaisant se montre entre le diagnostic du sang et celui de la clinique. Vous entrevoyez même déjà sur quelles bases repose le diagnostic de laboratoire : tandis que les états d'excitation, qu'ils soient maniaques ou anxieux, se traduisent par une polynucléose marquée, au contraire, les états de dépression et d'inertie, qu'ils dépendent d'une crise mélancolique ou d'une démence précoce, se caractérisent manifestement par une leucopénie portant presque exclusivement sur les polynucléaires neutrophiles.

D'autre part, vous avez vu que l'on pouvait, en faveur de la mélancolie anxieuse, tirer argument d'un certain degré d'éosinophilie, très fréquente en effet, et traduisant probablement une certaine imprégnation toxique. L'élévation du chiffre des grands et moyens mononucléaires, semble traduire de même une irritation du système réticulo-endothélial, d'ordre également toxique.

Permettez-moi maintenant de vous exposer par quelles voies nous avons été amenés à cette systématisation.

II

Rapports de la formule leucocytaire avec le tonus vago-sympathique (1)
Action du tabac et du gardénal sur la formule leucocytaire
Influence des agents pharmacodynamiques

La première révélation d'une action exercée par le système nerveux végétatif sur la formule leucocytaire nous fut donnée par la découverte inattendue des modifications provoquées par le tabac et par le gardénal... Excusez-moi d'insister sur les circonstances assez curieuses qui nous révélèrent cette action :

Pendant quelques mois nous avions cherché à comparer les formules sanguines de quelques états pathologiques qui nous paraissaient appartenir à une même famille humorale : asthmatiques, migraineux, eczémateux, épileptiques, et malades atteints de psychose maniaque-dépressive...

Nous nous réjouissions déjà du résultat acquis, car nous rencontrions chez presque tous nos malades une formule très spéciale, à peu près identique, caractérisée par une leucopénie marquée, portant principalement sur les polynucléaires neutrophiles avec monocytose et légère éosinophilie !... Lorsque l'idée nous vint — et nous aurions dû, certes, commencer par là, — de comparer ces formules avec celles de quelques sujets sains !...

Mais, ayant eu la présomption de me considérer moi-même comme un sujet normal, je constatai avec étonnement que ma formule était bien plus troublée encore que celle des sujets à l'étude ! A ne considérer que le chiffre des leucocytes, j'étais, et de beaucoup, le plus malade de tous !..., avec une formule qui oscillait autour des chiffres suivants :

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
46	2	12	15	24
42	3	19	18	18

En période digestive même je n'atteignais que :

58	1	11	11	9

(1) TINEL et HENRION. — Variations de la formule leucocytaire par actions toxiques et médicamenteuses. Influence du système nerveux végétatif sur la régulation sanguine. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 20 juin 1930.

Je finissais par me demander de quelle affection je pouvais bien être atteint, lorsqu'un soir, après avoir fumé encore plus que d'habitude, et éprouvant un véritable malaise d'excès tabagique, j'eus la curiosité d'examiner à nouveau mon sang, et trouvai :

En intoxication tabagique :

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
36	10	14	13	25

Cette formule était si bien due à l'action du tabac qu'après un sevrage de 24 heures, elle remontait à un chiffre à peu près normal :

63	4	7	13	13

Vous pensez bien que ces résultats furent aussitôt et amplement contrôlés, tant sur moi-même que sur d'autres sujets... Je crois bien que tous les internes et externes de mon service y passèrent, alternant des pires excès tabagiques au sevrage le plus austère... Et nous pûmes constater, d'une façon à peu près constante, l'action singulière du tabac sur la formule leucocytaire, comme vous le montreront les quelques chiffres suivants :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Premier fumeur (doigt)	56	4	10	9	21
— — (veine)	59	6	7	6	22
Deuxième fumeur	49	3	10	18	20
Excès de tabac	42	4	17	18	19
Troisième fumeur	45	1	7	16	31
Quatrième fumeur (sang veineux)	51	2	17	18	12
Excès de tabac (sang veineux)	38	2	19	14	27

La suppression du tabac pendant quelques jours suffit à ramener une formule normale ; en effet :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Cinquième fumeur :					
Usage habituel (20 cigarettes)	43	5	3	13	36
Excès tabac (50 cigarettes pendant 3 jours)	38	7	16	14	25
Suppres. tabac (4e jour)	61	4	10	9	16
5e jour	66	4	9	10	10

Ces variations de la formule étaient parallèles à celles du taux leucocytaire, par exemple :

A l'état normal : 6.400 polys et 2.800 monos.

Usage tabac : 3.200 polys et 2.900 monos.

Intoxication : 2.700 polys et 2.900 monos.

Cette action du tabac porte, je le répète, sur la formule leucocytaire *réelle ;* elle se retrouve aussi bien au doigt ou à l'oreille que dans le sang veineux.

Les mêmes résultats s'observent du reste aisément chez l'animal intoxiqué par la nicotine à petites doses, en injections sous-cutanées. Signalons, cpendant, que, chez le lapin tout au moins, la première injection de nicotine (1/2 à 1 centigramme) est suivie d'une courte phase de polynucléose, faisant place ensuite à une leucopénie polynucléaire qui s'accuse progressivement avec la répétition des piqûres.

Cette formule du tabagisme est si nette et si constante que j'ai pu, à diverses reprises, me faire donner une série de lames de sujets inconnus, et distinguer sans difficulté les fumeurs des non-fumeurs...

Elle ne manque que dans les cas où une action inverse vient contrebalancer l'influence du tabac. C'est ainsi qu'un homme fumant de 40 à 50 cigarettes par jour avait une formule de 72 polynucléaires, 3 éosinophiles et 25 mononucléaires, mais il venait consulter justement pour une névrose anxieuse à type hyperémotif avec tachycardie, palpitations, sueurs profuses et éréthisme cardio-vasculaire...

La notion du bouleversement sanguin provoqué par le tabac venait singulièrement troubler, comme vous pouvez le penser, les résultats précédemment obtenus. Car, nous constations bientôt que le *gardénal* exerçait une action de même ordre, bien que sensiblement moins forte, sur la formule sanguine, et les malades que nous avions étudiés jusque-là, les asthmatiques, migraineux, épileptiques ou périodiques, avaient presque tous été mis au gardénal !

Nous procédâmes donc systématiquement à l'étude des variations provoquées par le gardénal.

Voici, en effet, quelques exemples des formules observées chez des sujets gardénalisés :

Premier sujet. — M. L. P..., 43 ans, dépression, anxiété, migraines. 0,20 gardénal par jour depuis trois ans :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Examen	54	2	8	17	19

Deuxième sujet. — M. H..., 35 ans, anxiété, insomnie, dépression. Gardénal 0,20 depuis deux mois :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Premier examen	53	5	15	11	16
Deuxième examen	41	2	14	18	25

Troisième sujet. — Mlle J..., 28 ans, épilepsie. Gardénal 0,20 depuis deux ans :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Examen	46	7	18	13	20

Quatrième sujet. — M. G..., 56 ans, crise mélancolique. Gardénal 0,20 depuis quatre mois :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Examen	51	3	11	12	24

Cinquième sujet. — M. C..., 16 ans, psychose périodique. Gardénal 0,20 depuis trois mois :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Examen	46	4	7	26	27

Sixième sujet. — Mme D..., migraines subintrantes. Gardénal 0,20 depuis six mois :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Examen	50	3	18	15	14

Rien n'est plus facile, chez un malade que l'on soumet à l'action du gardénal, que de constater l'apparition progressive de la formule caractéristique.

C'est une expérience que nous avons répétée bien des fois. En voici simplement un exemple :

M. B..., 56 ans, crises bravais-jacksoniennes :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Avant traitement	64	0	8	13	15
8e jour de gardénal à 0,20	56	4	10	5	25
15e jour de gardénal ..	49	3	14	11	23

Il était donc démontré, pour nous, que le tabac et le gardénal réalisaient presque toujours une formule leucocytaire très spé-

ciale, caractérisée par une *leucopénie relative*, portant presque exclusivement sur les polynucléaires neutrophiles, avec, au contraire, une *monocytose* assez marquée où prédominent les grands et moyens mononucléaires, et avec une tendance manifeste à l'*éosinophilie*.

Mais déjà nous apparaissait, du seul fait des examens cliniques, une certaine intervention du tonus végétatif, car les résultats de l'intoxication tabagique ou gardénalique étaient très différents, selon qu'existait chez nos malades un état d'excitation ou de dépression nerveuse.

C'est ainsi que de grands fumeurs présentaient quand même une formule normale ou même une légère polynucléose, lorsqu'il s'agissait de malades en état d'agitation anxieuse, d'excitation maniaque ou de névrose hyperémotive.

De même, certains malades soumis à l'action du gardénal présentaient cependant parfois une formule normale ou même une polynucléose marquée, mais il s'agissait alors d'un état d'excitation maniaque ou d'agitation anxieuse.

Dans d'autres cas, on pouvait voir, chez certains de ces malades, la leucocytose à polynucléaires du début s'atténuer progressivement sous l'action sédative du gardénal, tandis que s'établissait peu à peu, avec la sédation des troubles nerveux, la formule leucopénique caractéristique du gardénal.

Au contraire, les sujets chez lesquels le tabac ou le gardénal réalisaient rapidement et facilement la formule habituelle, étaient justement les sujets en état de dépression nerveuse, d'asthénie ou de stupeur mélancolique.

Ils le réalisent en effet d'autant plus facilement que chez ces mêmes sujets déprimés ou asthéniques, mélancoliques sans agitation, de même que chez un certain nombre d'asthmatiques, de migraineux ou d'épileptiques, en l'absence de toute médication, il existe souvent déjà une véritable ébauche d'une formule semblable : leucopénie, hypo-polynucléose, légère éosinophilie et monocytose relative à grands et moyens mononucléaires. Il semblerait que l'auto-intoxication qui se traduit chez ces malades par la migraine, la dépression, l'asthme ou l'épilepsie, soit à elle seule capable d'esquisser le même syndrome sanguin.

Si l'agitation anxieuse ou l'excitation maniaque corrigent donc l'action du tabac ou du gardénal, la dépression nerveuse et l'asthénie, au contraire, en exagèrent donc les effets, parce que dans ces différents cas se trouve réalisée l'association de différents facteurs, ou bien intervenant en sens contraire, ou bien agissant dans le même sens, et superposant, par conséquent, leurs actions.

*
**

Tous ces faits nous conduisaient naturellement à étudier d'une façon plus précise l'action du tonus végétatif sur la formule sanguine, d'autant plus que la nicotine est, en somme, un des poisons les plus électifs du système sympathique.

Nous avons donc étudié l'action des principaux *agents pharmacodynamiques* agissant sur le système végétatif.

Nous avons repris l'étude de la formule leucocytaire sous l'action de *l'adrénaline*. Nous avons constaté, en effet, qu'après la rapide et passagère phase de leucocytose à prédominance lymphocytaire, où l'on a vu, à juste titre, nous semble-t-il, le résultat d'une sorte d'expression mécanique de la rate, l'adrénaline provoque secondairement une polynucléose marquée persistant pendant quelques heures et due, celle-ci, à l'excitation sympathique.

Mais il nous faut insister à nouveau, à propos de l'adrénaline, sur une cause d'erreur très fréquente dans les examens. C'est que les discordances entre l'examen du sang capillaire et du sang veineux, sont tout particulièrement fréquentes et importantes chez les sujets adrénalisés. L'émotion de l'examen, l'appréhension ou la douleur de la piqûre, ou même la simple vaso-constriction spontanée de l'adrénaline, provoquent, à chaque instant, ces variations locales et artificielles de la formule sanguine périphérique, dont nous parlions tout-à-l'heure, avec leucopénie apparente et monocytose relative. C'est chez eux qu'il faut presque toujours recourir aux procédés de vaso-dilatation provoquée (bain chaud), ou de contrôle par ponction veineuse, pour établir la formule sanguine réelle.

Voici un exemple de réaction à l'adrénaline, plus caractéristique que la plupart des autres cas, car, en raison de l'injection quotidienne d'adrénaline, la lymphocytose immédiate par splénocontraction, faisait défaut. Seule existe la polynucléose tardive et progressive.

M. R..., asthme, tuberculose fibreuse, 35 ans (adrénaline presque quotidienne). (Le malade n'a pas mangé pendant toute l'épreuve).

Avant l'adrénaline (sang veineux) :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 11.700	66	1	19	5	9

Injection de 1 milligramme d'adrénaline à 10 heures.

10 h. 35 :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 12.300	69	0	13	8	10

11 h. 5 :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 11.800	74	0	11	7	8

12 h. 15 :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 15.300	78	0	4	6	10

14 h. 30 :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 14.300	78	0	5	8	9

16 h. 15 :

	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
Leucocytes 11.800	65	3	1	3	26

Il en est de même d'ailleurs chez la plupart des sujets en état d'hypertonie sympathique, qu'elle soit permanente ou momentanée, qu'il s'agisse d'excitation coléreuse, de névrose anxieuse sympathique, d'agitation anxieuse mélancolique, ou même d'excitation maniaque franche.

On retrouve souvent la même formule chez les basedowiens, bien que se rencontrent, parfois, dans la maladie de Basedow, de curieuses discordances : la persistance d'une formule à peu près normale contrastant parfois avec un état d'hypertonie sympathique indiscutable. Je sais bien que chez les basedowiens, de même que chez les sujets adrénalisés, il existe une extrême hyperexcitabilité des capillaires périphériques, et que la cause d'erreur résultant de l'accrochage leucocytaire est très souvent en jeu. Mais, d'autre part, il y a certainement chez quelques-uns de ces malades, dans le sang veineux même, une formule normale ou même une leucocytose avec mononucléose relative. C'est un point du problème qui n'est point complètement élucidé ; il est probable cependant qu'il s'agit d'une hypertonie globale, à la fois sympathique et vagale.

Si les états d'hypertonie sympathique ou les injections d'adrénaline provoquent une leucocytose à polynucléaires, nous devons

nous attendre à trouver des résultats à peu près semblables lorsqu'il se produit une libération secondaire de l'activité sympathique par la paralysie du vague.

Il en est en effet ainsi :

La *scopolamine,* par exemple, détermine la même polynucléose. Mettons à l'écart les parkinsoniens, chez lesquels il existe très souvent un petit syndrome spontané d'hypertonie sympathique qui constituerait une cause d'erreur. Prenons toute une série de malades traités par la scopolamine pour des états spasmodiques ou d'hypertonie extrapyramidale : hémiplégies, syndromes de Little, scléroses en plaques, chorées chroniques, spasmes de torsion, etc...

Sur 13 malades ainsi traités par des doses de 1/4 de milligrammes à 3 milligrammes en ingestion, nous trouvons comme chiffres moyens des polynucléaires : 74, 78, 74, 76, 69, 71, 74, 72, 70, 74, 71, 73, 75. Sur les 13, un seul est au-dessous de 70.

Si l'on supprime la scopolamine, les mêmes malades en quelques jours reviennent à la normale ou même, par une sorte d'inversion réactionnelle, au-dessous de la normale. Nous trouvons, en effet, les chiffres de 65, 59, 63, 62, 58.

En raison de l'accoutumance au médicament, la simple diminution brusque de la dose habituelle peut suffire à ramener le taux normal. Une malade qui prenait 3 milligrammes par jour est brusquement ramenée à 1/2 milligramme ; ses polynucléaires tombent, le jour même, de 72 à 59.

L'injection sous-cutanée ou intra-musculaire nous montre que cette action est rapide. La polynucléose existe au bout de vingt minutes. Une de nos malades passe ainsi de 69 avant la piqûre à 80 polynucléaires vingt minutes après l'injection de 1/2 milligrammes de scopolamine.

Nous ne possédons encore qu'un petit nombre de documents sur la *belladone* et *l'atropine.* Il nous a semblé cependant que leur action, bien qu'assez semblable à celle de la scopolamine, était cependant moins constante. Mais nous savons que ces agents pharmaco-dynamiques possèdent, à côté de leur action générale sur le tonus vago-sympathique, des actions locales sur les appareils périphériques, qui peuvent expliquer ces divergences.

Par contraste avec les stimulants ou les libérateurs du sympathique, étudions maintenant les excitants du vague et les paralysants du sympathique, et nous allons rencontrer des modifications de sens inverse.

L'*ésérine* et la *génésérine,* frénateurs de l'activité sympathique, nous donnent des taux de polynucléaires inférieurs à la normale: citons simplement les chiffres de 57, 60, 58, 54, 49, 52, 56 polynucléaires.

Voici un exemple de l'action de la *pilocarpine.* Elle est, dans ce cas, renforcée du fait qu'il s'agit d'un grand fumeur.

M. Th. R... (grand fumeur, 20 cigarettes, sang veineux).

A 11 h. matin :

Leucocytes	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
7.800	42	2	27	12	17

A 13 h. 45 (après repas) :

Leucocytes	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
8.100	53	2	19	14	12

14 heures, absorption de 1 centigr. 1/2 de pilocarpine.

14 h. 15 (sueurs et accentuation du réflexe oculo-cardiaque).

Leucocytes	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
5.900	36	3	20	21	20

15 heures, réaction terminée :

Leucocytes	Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
8.200	57	0	14	13	16

La pilocarpine semble d'ailleurs moins constante dans son action que l'ésérine ; en raison de son activité amphotrope, elle exerce en effet, particulièrement chez les sympathicotoniques, une stimulation importante du sympathique.

Le *tartrate d'ergotamine,* paralysant du sympathique, nous fournit des résultats identiques. Chez une malade qui présentait, avec un grand état de névrose anxieuse à type sympathique, une polynucléose de 75, 78, 79, 76, on voit, en même temps que l'atténuation des troubles nerveux, le taux des polynucléaires tomber de jour en jour à 68, 70, 64, 67, 61, 59, 62, 58, 54.

C'est évidemment de cette façon que nous pouvons interpréter maintenant l'action du gardénal et du tabac. Ne savons-nous pas, du reste, que la nicotine est, par excellence, le paralysant

des cellules nerveuses des ganglions sympathiques, et qu'elle est justement, depuis les expériences de Claude Bernard et de Langley, employée à ce titre dans tous les laboratoires de physiologie ?

Nous nous attendions, je dois le dire, à rencontrer des résultats de même ordre, en étudiant l'action de la *morphine* et de l'*héroïne*.

Or il n'en est rien. Les toxicomanes, comme l'avaient déjà signalé Sollier et Morat, présentent une formule à peu près normale.

C'est que ces substances possèdent une action très complexe ; d'une part, elles sont à la fois des paralysants du sympathique et du système vagal et, d'autre part, chez les intoxiqués surtout, nous savons qu'elles exercent aussi sur ces systèmes une véritable action stimulante.

Au cours de la désintoxication, on voit cependant, en général, se produire des poussées éphémères de polynucléose, en rapport, vraisemblablement, avec les phases de paralysie vagale et de libération sympathique qui alternent, à certains moments, avec les curieuses bouffées d'hypertonie passagère du vague, provoquées par chaque nouvelle piqûre.

Voici donc établie, dans cette première étape, la notion d'une intervention du système nerveux végétatif sur la régulation sanguine.

Toute hypertonie provoquée du système sympathique se traduit par une leucocytose, avec prédominance des polynucléaires neutrophiles.

Toute diminution d'activité sympathique, qu'elle résulte d'une hypotonie primitive de ce système, ou d'un frénage par hypertonie vagale, provoque la raréfaction des polynucléaires.

A côté, cependant, de ces modifications essentielles, les plus frappantes, portant sur les polynucléaires, il faut signaler quelques autres points secondaires :

En effet, si la leucopénie du tabac, du gardénal et des autres agents paralysants du sympathique porte principalement sur les polynucléaires neutrophiles, elle paraît également atteindre, bien que d'une façon plus discrète, les *lymphocytes*.

Par contre, nous avons vu que les *grands et moyens polynucléaires* sont augmentés dans une proportion souvent considérable, ainsi, d'ailleurs, que les *éosinophiles*.

On pourrait dire vraiment qu'il existe ainsi deux réactions en

sens inverse : La monocytose et l'éosinophilie relatives contrastent vraiment avec la forte diminution des polynucléaires neutrophiles et celle, plus discrète, des lymphocytes.

Ce qui nous a frappés également, c'est le nombre des leucocytes vieillis et fragiles que l'on rencontre chez ces sujets.

On trouve, en effet, une proportion considérable de vieux polynucléaires, à quatre et cinq noyaux, à protoplasme irrégulier d'aspect amiboïde. Beaucoup d'entre eux, particulièrement fragiles, éclatent à l'étalement ou la dessication, et se présentent sous forme de cellules en lyse. Même fréquence étonnante des lyses observée sur les grands et même sur les moyens mononucléaires.

Ce que l'on a sous les yeux, c'est vraiment l'image d'un sang appauvri, dans lequel ne se produisent plus les processus de régénération leucocytaire. Il semblerait que les organes hématopoïétiques ont cessé de lancer incessamment dans le sang les essaims de leucocytes jeunes qui le renouvellent. Et d'autre part, les vieux leucocytes usagés n'y subissent pas non plus la destruction habituelle. Il est donc logique de conclure que c'est probablement sous l'influence prépondérante du système sympathique que sont activés, dans les organes hématopoïétiques, les phénomènes de formation, de maturation, de libération et d'essaimage des leucocytes polynucléaires, et plus discrètement des lymphocytes.

Au contraire, tout semble prouver actuellement que les grands et moyens mononucléaires sont fournis par le système réticuloendothélial ; l'abondance de ces histiocytes traduirait donc une irritation de ces endothéliums, d'origine évidemment toxique. Il en est de même des éosinophiles, qui semblent aussi se former en dehors des organes hématopoïétiques, et représenter de véritables cellules d'irritation de nature toxique.

Toutes ces notions nous permettent maintenant de comprendre un certain nombre de variations observées dans la formule leucocytaire au cours de divers états pathologiques. La leucocytose que nous avons signalée chez les basedowiens et dans les névroses anxieuse à type hyperémotif dépend logiquement de l'excitation du système végétatif sympathique. Si, au contraire, nous rencontrons assez souvent chez les migraineux, les épileptiques, les eczémateux, les déprimés, les asthéniques, les asthmatiques même, en dehors de toute action médicamenteuse, des formules qui sont l'ébauche de celle du tabac ou du gardénal, c'est peut-être aussi, dans certains cas, en raison d'une insuffisance fonctionnelle de l'activité sympathique ou bien d'une hypertonie

vagale ; mais c'est surtout parce que la cause inconnue et probablement toxique de ces syndromes produit en somme un ralentissement de l'activité fonctionnelle des centres hémato-poïétique, de même ordre que celle du gardénal ou du tabac.

Nous nous sommes à peu près limités, dans cette étude, à l'étude des seules variations de la formule leucocytaire. Mais on peut remarquer que les variations de cette formule sont dans tous les cas à peu près parallèles aux variations globales de la leucocytose. Une polynucléose accompagne à peu près toujours une hyperleucocytose ; les chiffres de 76, 78, 80 polynucléaires vont de pair avec des leucocytoses de 12.000, 15.000, 18.000. Au contraire, la raréfaction des polynucléaires traduit presque toujours — en dehors naturellement des divers syndromes de pathologie sanguine — une diminution globale des leucocytes s'abaissant souvent aux chiffres de 6.000, 5.000, 4.500 leucocytes.

D'autre part, il est certain que d'autres modifications du sang pourraient être avec avantage étudiées : le taux des globules rouges, les caractères de dilution et de viscosité du sang, la vitesse de coagulation et la rétraction du caillot, etc..., sont très probabalement influencés eux aussi par les variations du tonus végétatif, et donneraient, vraisemblablement, à l'étude, des résultats aussi intéressants que les variations de la formule leucocytaire.

Il nous reste à voir maintenant comment et dans quelle mesure ces notions vont pouvoir s'appliquer aux variations leucocytaires observées en pathologie mentale.

III

Les variations de la formule leucocytaire dans les syndromes mentaux

La première notion qui s'impose, disions-nous, dans les examens de sang pratiqués chez les psychopathes, c'est qu'il n'existe pas de formule sanguine caractéristique de chaque maladie mentale. On ne peut pas plus parler d'une formule de la mélancolie que d'une formule de la démence précoce.

La formule leucocytaire, — il est facile de le comprendre maintenant, — ne fait jamais que traduire, en effet, l'état du système végétatif. Et comme le tonus végétatif est relativement très variable dans chacune de ces maladies mentales, nous devons forcément y rencontrer des formules très diverses, suivant qu'au cours d'une même psychose existera un état d'excitation ou d'inertie du système sympathique.

C'est pourquoi nos diagnostics de tout à l'heure formulaient essentiellement : état d'excitation ou état de dépression.

Le meilleur exemple de ces formules leucocytaires variables, au cours d'une même évolution psychopathique, nous sera fourni par la *mélancolie anxieuse*. Nous pouvons en effet ici opposer systématiquement l'un à l'autre les syndromes de mélancolie avec agitation anxieuse et les syndromes avec inhibition, stupeur et ralentissement psychique.

Dans les cas d'agitation anxieuse, nous rencontrons la formule habituelle d'excitation, avec polynucléose plus ou moins forte, qui va de pair avec la tachycardie, les tremblements, l'agitation nerveuse, les bouffées de chaleur, les phénomènes d'angiospasme, les crises d'angoisse, etc..., traduisant si manifestement dans ces cas un état d'hypertonie et d'hyperexcitabilité sympathique.

Dans les cas au contraire où l'état mélancolique se caractérise surtout par la dépression et l'asthénie, ou par la stupeur et l'inhibition psychique, nous trouvons presque toujours une leucopénie remarquable avec diminution surtout des polynucléaires.

Les deux formules inverses n'ont qu'un seul point commun : c'est la fréquence relative d'une éosinophilie, que nous interprétons comme un véritable test d'intoxication.

Par tous les autres points, les deux syndromes mélancoliques s'opposent d'une façon complète. Et quand, ainsi qu'on l'observe fréquemment, on voit, au cours d'une même évolution mélancolique, se succéder les deux syndromes d'agitation anxieuse puis de stupeur, de dépression ou d'inertie, la formule leucocytaire se calque pas à pas sur les variations du tonus végétatif qui accompagnent chacun de ces états.

Evidemment, entre ces cas extrêmes se placent de nombreux cas intermédiaires, où les écarts sont minimes, avec une formule normale.

Je ne voudrais pas vous citer ici l'interminable série de chiffres qui nous ont démontré l'exactitude de cette notion générale.

Je vous donnerai simplement quelques exemples des variations observées dans les états successifs d'une même évolution mélancolique, dans des cas où l'on pouvait écarter l'influence du gardénal ou d'autres médications paralysantes.

Obs. I. — Mme M..., 43 ans, entre à l'hôpital dans un état *d'agitation anxieuse* à type de phobies obsédantes : peur des maladies, peur des microbes, phobie de la souillure, lavage incessant des mains, insomnie, tachycardie, sueurs profuses, etc...

Formules :

Poly.	Eosi.	Gr. monos.	Moy. monos.	Lymph.
—	—	—	—	—
76	3	4	6	11
72	3	5	5	14

Trois mois après, cette excitation avec hypertonie sympathique a fait place à un état anxieux de type vagal avec pouls lent, inertie et ralentissement psychique. Les formules observées à cette époque donnent :

51	5	11	14	19
54	4	9	16	17
48	4	11	19	18
52	7	7	15	17

Pas d'autre traitement que le laudanum qui ne modifie pas sensiblement la formule.

Obs. II. — Mme Derv..., 38 ans.

Pendant une période initiale d'agitation anxieuse extrême qui ne dure que quelques jours :

78	2	3	3	14
80	0	2	4	14
76	1	2	5	16

Refuse le gardénal et tout médicament.

Rapidement tombe un état de stupeur mélancolique. On trouve alors successivement :

49	4	7	15	24
44	2	8	18	26
52	3	11	16	18
40	5	13	19	23
56	2	9	17	16

Obs. III. — Mme B..., 34 ans.

Mélancolie anxieuse évoluant depuis 2 mois...

31 août 1929 : inertie, stupeur, refuse tout médicament.

61	1	8	7	22

3 septembre : toujours calme.

58	1	7	13	21

7 septembre : grande agitation anxieuse depuis 3 jours.

72	0	4	10	13

12 septembre : toujours très agitée.

81	0	3	3	13

2 novembre : redevenue inerte, stupeur.

56	4	9	17	14

Obs. IV. — Mme M..., 30 ans.

Entre dans un état de mélancolie délirante et d'anxiété aiguë avec un peu de confusion.

On voit en quelques jours, à la fois sous l'influence du gardénal et du passage de l'agitation à la stupeur, la formule se modifier progressivement.

29 octobre 1929 : avant le gardénal.

82	0	2	4	12

3 novembre : prend 0,20 de gardénal par jour : un peu moins anxieuse.

76	0	5	8	11

5 novembre : beaucoup plus calme ; toujours délirante, mais évolution vers stupeur.

61	1	12	13	13

7 novembre : beaucoup plus calme : toujours délirante, mais évolution vers stupeur.

56	2	11	13	14

26 novembre : en pleine stupeur mélancolique.

49	3	11	19	18

4 décembre : en pleine stupeur mélancolique.

52	5	7	14	22

Obs. V. — Citons pour terminer le cas d'une mélancolique périodique où les crises dépressives se succédaient au rythme à peu près régulier de 5 mois depuis plusieurs années.

10 novembre 1930 : en bonne santé.

67	0	6	10	18

5 décembre : en pleine crise dépressive (sans gardénal).

50	1	10	18	19

7 mars 1931 : en bonne santé.

68	1	4	11	16

16 juin : en crise dépressive depuis 8 jours.

47	2	7	23	21

Tous les caractères que nous venons d'observer dans la mélancolie anxieuse caractérisée vont se retrouver dans les *petits états anxieux* de différents types, dans les petits états *dépressifs, asthéniques, neurasthéniques* ou autres, qui en sont pour ainsi dire les formes atténuées.

Ici encore nous allons trouver la même opposition entre les syndromes *d'excitation* nerveuse, psychonévroses ou névroses anxieuses, avec hypertonie sympathique à type plus ou moins basedowiforme et les syndromes de *dépression* où domine l'inertie ou le blocage du système sympathique.

Si les variations de la formule leucocytaire sont en général moins accusées que dans les formes caractérisées de la mélancolie, on est quelquefois surpris cependant de les trouver à peu près aussi importantes.

Nous avons trouvé dans certains cas de névrose anxieuse avec tachycardie, tremblement, énervement, insomnie, etc..., des chiffres de 78, 80, 82 polynucléaires. Tandis que de grands syndromes d'asthénie pure se manifestaient au contraire par une leucopénie très accusée, avec une raréfaction des polynucléaires atteignant parfois les chiffres de 42, 44, 48, comme dans les grands syndromes de stupeur mélancolique.

C'est probablement que, dans ces états où le syndrome mental proprement dit se trouve en général réduit à peu de chose, les troubles observés sont plus manifestement sous la dépendance directe du système végétatif, dont l'atteinte constitue à peu près toute la maladie, tandis qu'elle n'en est dans la mélancolie véritable qu'un simple corollaire.

Les états *d'excitation maniaque* se caractérisent à peu près toujours par une hypertonie globale des deux systèmes, vagal et sympathique. Si l'hypertonie vagale est la règle, comme l'a montré Santenoise, il existe toujours aussi un tonus très élevé du système sympathique, que manifestent du reste bien souvent l'hyperthermie, le tremblement, la sudation, l'élévation tensionnelle et l'accélération du pouls. Mais dans l'exaltation constante et parallèle de ces deux tonus qui se freinent réciproquement l'un l'autre, on peut observer la prépondérance variable de l'un ou l'autre système.

C'est pourquoi nous rencontrerons toujours une formule de

leucocytose avec polynucléose caractéristique ; mais dans certains cas, elle ne s'élève que modérément au-dessus de la normale, avec des chiffres de 70, 72 poly, tandis que d'autres cas à tonus sympathique particulièrement exalté atteindront les chiffres de 76, 78 et 80 polynucléaires.

Il est à remarquer que dans presque tous les cas où un certain degré de *confusion mentale* s'associe au syndrome d'excitation maniaque, la polynucléose est particulièrement élevée, traduisant alors une véritable rupture d'équilibre en faveur du système sympathique.

Les formules leucocytaires rencontrées dans la *démence précoce* ne sont pas moins variables, suivant les formes et suivant les phases évolutives du syndrome mental.

Il existe en effet chez les déments précoces des formes et des phases d'excitation vraie, au cours desquelles se révèle une *formule d'excitation* avec la leucocytose et la polynucléose habituelles ; mais peut-être est-elle en général sensiblement moins accusée que dans l'excitation maniaque.

Plus souvent, dans les formes habituelles de la démence précoce, s'installe un état d'indifférence, d'apathie, d'inertie, de négativisme, d'immobilité avec ou sans catatonie, dans lequel nous rencontrons, avec une fréquence vraiment remarquable, une *formule d'inertie végétative* extrêmement accusée.

Parmi tous les malades examinés, ce sont bien certainement les déments précoces qui nous ont fourni les formules les plus nombreuses, les plus franches et les plus caractéristiques de la déchéance fonctionnelle du système sympathique.

Lorsqu'il s'agit de ces malades inertes, immobiles ou catatoniques dont nous parlions tout à l'heure, on ne saurait s'étonner de trouver une formule caractéristique de *dépression*. Mais dans les cas même où nous avons affaire à ces nombreux déments précoces d'asile, qui mènent simplement une vie ralentie, sans anxiété, sans stupeur, sans inertie flagrante, et qui se trouvent dans un simple état de déchéance psychique plus ou moins accusée, on est assez surpris de rencontrer très souvent une formule nettement dépressive, avec une leucopénie marquée et une diminution sensible des polynucléaires.

Sur une vingtaine de malades examinés dans ces conditions, nous n'avons rencontré que 5 formules normales. Chez tous les autres, les polynucléaires ne dépassaient pas 50 à 60 pour 100, montrant que même dans ces cas de démence précoce fixée, où n'apparaît en somme qu'une simple déchéance intellectuelle, le

système sympathique avait également subi une diminution fonctionnelle sensible.

L'éosinophilie franche semble exceptionnelle chez les déments précoces, mais nous avons trouvé parfois une sorte d'éosinophilie fruste, caractérisée par l'existence en assez grand nombre de leucocytes porteurs de quelques granulations vaguement acidophiles et réfringentes, mal caractérisées, que nous appelions tout à l'heure éosinophiloïdes.

Par contre, le nombre des grands et moyens mononucléaires est souvent plus grand que celui des lymphocytes, et l'augmentation de ces histiocytes peut ici encore être considérée comme l'indice d'une certaine irritation du système réticulo-endothélial.

Cette tendance générale de la démence précoce à une formule de leucopénie polynucléaire nous explique peut-être pourquoi l'on trouve quelquefois chez ces malades, au cours de syndromes passagers d'excitation, des formules qui ne réalisent pas la polynucléose attendue. C'est peut-être que cette excitation n'a stimulé que des centres hématopoïétiques à vitalité préalablement réduite, et qu'elle a simplement réussi à transformer momentanément la formule leucopénique en une formule atteignant ou dépassant à peine la normale.

Nous signalions de même, tout-à-l'heure, le problème de ces fausses excitations, purement psychiques ou verbales, à forme de logorrhée ou de délire paranoïde. Dans ces cas, la persistance d'une formule leucopénique avec raréfaction des polynucléaires montre bien qu'il s'agit simplement d'une libération d'automatismes mentaux, coexistant avec l'état organique d'inertie et de dépression du système végétatif qui semble, en définitive, être la formule fréquemment associée dans la démence précoce à la déchéance intellectuelle.

Après les divers exemples que nous venons de passer en revue, je crois qu'il serait vraiment inutile et fastidieux d'envisager toute la série des autres affections mentales.

Nous insisterons simplement sur quelques points particuliers : — les uns, parce qu'ils semblent confirmer notre conception sur les rapports unissant les variations de la formule leucocytaire aux modifications du tonus végétatif, — les autres, parce qu'ils montrent, au contraire, l'intervention possible d'autres facteurs, toxiques ou surtout infectieux.

C'est ainsi, par exemple, que dans les *délires chroniques* et, en particulier, dans la *psychose hallucinatoire chronique,* on ne rencontre habituellement que des formules à peu près normales.

Mais, s'il survient au cours de ces syndromes quelque épisode aigu ou subaigu d'excitation ou d'agitation anxieuse, on peut voir alors apparaître passagèrement une polynucléose plus ou moins marquée.

Les *psychoses délirantes paranoïdes* peuvent présenter de même, au cours des épisodes aigus d'agitation ou d'anxiété, des syndromes leucocytaires d'excitation, mais dans l'ensemble, et en dehors de ces épisodes, on constate, soit une formule à peu près normale, soit une tendance, parfois assez accusée, à la leucopénie et à la diminution des polynucléaires qui est à rapprocher de celle que nous signalions tout à l'heure dans la démence précoce et qui doit être probablement de même ordre.

De même, chez les alcooliques, nous ne constatons de variations leucocytaires que dans les états aigus ou subaigus réalisant des états d'excitation qui s'accompagnent alors de leucocytose polynucléaire. Il est assez curieux de voir que l'alcoolisme chronique ne paraît pas toucher profondément le système végétatif et laisse aux malades une formule à peu près normale. C'est ce que nous montrait déjà du reste l'étude des morphinomanes, en nous faisant entrevoir l'association probable d'actions déprimantes et stimulantes pour le système végétatif.

Avec les psychoses des *encéphalites infectieuses* et la *paralysie générale* intervient naturellement un autre facteur, le facteur infectieux, suffisant par lui-même à réaliser de la leucocytose. Mais ici encore il est à signaler que lorsque survient, au cours de ces affections, un syndrome d'excitation maniaque, de confusion aiguë ou d'agitation anxieuse, on voit en général se réaliser la même augmentation des polynucléaires que dans les syndromes semblables de la psychose périodique. L'excitation du système végétatif se superpose alors vraisemblablement au facteur infectieux pour accentuer encore la polynucléose plus ou moins marquée que présentent habituellement tous ces malades.

*
**

Vous voyez donc, Messieurs, comment s'est finalement résolu pour nous le problème des variations de la formule sanguine dans les maladies mentales.

Il nous paraît essentiellement lié à l'influence que semble exercer le système végétatif et particulièrement le système sympathique sur le fonctionnement des centres hématopoïétiques.

Tous les syndromes d'excitation vraie, qu'ils revêtent la forme maniaque euphorique, la forme d'agitation anxieuse, ou la

forme excito-confusionnelle, qu'ils appartiennent à la psychose maniaque-dépressive, ou qu'ils soient symptomatiques d'une démence précoce, d'une paralysie générale, d'une psychose toxique ou infectieuse, se caractérisent également, à quelques variations près, par une polynucléose plus ou moins élevée qui traduit une exaltation fonctionnelle du système sympathique.

Tous les syndromes de dépression, d'inertie, d'asthénie, de stupeur et de ralentissement psychique, qu'ils appartiennent à la mélancolie ou qu'ils soient symptomatiques d'une autre maladie mentale, tendent à réaliser plus ou moins une formule inverse, de leucopénie et de raréfaction relative des polynucléaires neutrophiles, qui témoigne d'une inertie fonctionnelle du système végétatif sympathique.

Si les principales modifications de la formule portent sur les polynucléaires neutrophiles, les autres éléments subissent cependant aussi des variations intéressantes, mais de sens divers.

En effet, les lymphocytes suivent en général de loin la marche des polynucléaires, augmentant et diminuant comme eux : ils semblent donc eux aussi soumis, dans une certaine mesure, à l'influence du sympathique.

Au contraire, les moyens et grands mononucléaires, les histiocytes, subissent nettement des variations inverses. Leur nombre s'élève lorsque baisse le chiffre des polynucléaires, et cette augmentation est parfois si considérable qu'elle ne semble pas relative, mais réelle et absolue, constituant une véritable *réaction d'histiocytose*, témoignage probable d'une irritation toxique du système réticulo-endothélial.

De même, l'augmentation des éosinophiles semble souvent aussi traduire réellement, — comme on le constate assez souvent dans les états anxieux, ainsi du reste que dans le tabagisme et le gardénalisme, — un véritable test d'intoxication.

Il paraît donc légitime de dire que les variations de la formule leucocytaire au cours des maladies mentales n'appartiennent pas en propre à la psychose, mais qu'elles *traduisent uniquement les réactions variables du système végétatif qui sont associées, d'une façon plus ou moins régulière, aux syndromes mentaux*, et qui, suivant les cas, peuvent être considérées comme la cause, l'accompagnement, ou la conséquence, du trouble mental.

Nous n'avons pas l'intention, vous le pensez bien, de proposer l'examen du sang comme un procédé nouveau de diagnostic des maladies mentales ! Un pareil diagnostic hématologique aurait

toujours un peu, comme vous avez pu vous en rendre compte, les allures d'une acrobatie... Mais il est important, cependant, qu'en pratiquant l'examen du sang au cours des maladies mentales, on puisse se rendre mieux compte des divers mécanismes qui président aux variations de la formule hématologique.

Il importe que l'on puisse distinguer la formule réelle des variations artificielles, uniquement observées dans le sang périphérique, qui dépendent du froid, de la douleur ou de l'émotion.

Il importe que l'on sache reconnaître aussi chez ces malades les phénomènes passagers de choc hémoclasique, si fréquents, en somme, dans les paroxysmes anxieux, maniaques ou épileptiques, et qui permettent de les rapprocher d'autres manifestations toxiques, d'ordre humoral, où les phénomènes de choc jouent également un rôle provocateur important.

Il importe, enfin, que dans les formules leucocytaires réelles et stables observées au cours de divers syndromes mentaux, on sache reconnaître les variations qui sont en rapport avec les perturbations fonctionnelles du système végétatif.

Pratiqué dans ces conditions, l'examen du sang peut se montrer chez ces malades extrêmement instructif. Nous n'avons guère insisté dans cette étude que sur la formule leucocytaire, mais il est à peu près certain que la recherche des autres modifications sanguines fournirait souvent aussi des renseignements importants. Nous avons été très frappés, par exemple, de constater dans quelques cas, au moment de l'invasion même d'une crise mélancolique anxieuse, ou pendant certains paroxysmes d'anxiété, des retards extrêmes de la coagulation sanguine ou de véritables syndromes d'irrétractilité du caillot...

Tous ces faits nous montrent bien, une fois de plus, à quel point la plupart des syndromes que nous appelons des maladies mentales, ne sont en réalité que *l'expression psychique,* le *symptôme mental,* de maladies beaucoup plus profondes et diffuses, atteignant non seulement le fonctionnement psychologique, mais aussi l'organisme tout entier, et en particulier tout le système nerveux végétatif. Ils doivent nous engager de plus en plus dans la voie des interprétations physiologiques et des recherches biologiques qui semblent, à la vérité, seules capables d'apporter, à la plupart des problèmes psychiatriques, des solutions réellement satisfaisantes.

LA CATATONIE EXPÉRIMENTALE

Comme réaction fréquente, généralement non spécifique du système nerveux et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine

PAR

H. DE JONG

Depuis 1921 je me suis livré à l'étude des réactions de la bulbocapnine chez l'animal. Mes recherches, faites en 1928 en collaboration avec H. Baruk, avaient abouti, à établir le syndrome de la « catatonie expérimentale » (1). Les symptômes de ce syndrome sont : la catalepsie, le négativisme, des symptômes autonomes (polypnée, salivation, etc.), réalisés par des doses moyennes. Quand on augmente la dose on obtient des hyperkinésies et des attitudes pathologiques. En augmentant encore la dose, il se produit de l'épilepsie, des paralysies et enfin la mort.

Après ces recherches, fruit d'une collaboration très étroite avec M. H. Baruk, à Paris dans la clinique de M. H. Claude, et à Amsterdam, dans mon laboratoire, je me suis demandé :

1° s'il existait d'autres substances, susceptibles de reproduire chez l'animal une catatonie expérimentale ;

2° dans le cas où il y aurait de telles substances, s'il serait possible d'y trouver une unité de formule chimique susceptible de nous mettre sur la voie de la découverte de la toxine de la schizophrénie humaine ;

3° si, dans le cas où il n'existerait pas d'unité de formule chimique, ce but ne pourrait être atteint; en étudiant l'effet d'injections de produits biologiques humains chez l'animal.

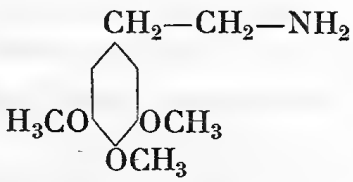
Dans ce but, j'ai poursuivi dans mon laboratoire, avec

(1) Voir pour tous détails : H. de Jong et H. Baruk. — *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine*, Masson, 1930.

M. Henry, de New-York, une première série d'études sur l'effet produit chez différents animaux par certains hypnotiques, tels que le somnifène, le gardénal, le sulfonal, le trional, etc. Ces substances, de même que l'harmine, ne produisent pas de catatonie expérimentale. Par contre, le chanvre canadien peut la réaliser plus ou moins.

Après ces études préliminaires, je me suis demandé si la *mescaline*, produit de la peyote, ne pourrait pas réaliser une catatonie expérimentale. La peyote est une plante très connue au Mexique par les hallucinations plus ou moins agréables qu'elle produit chez l'homme. J'ai pu démontrer qu'une catatonie expérimentale complète peut être réalisée chez l'animal avec la mescaline, à condition d'employer des doses relativement beaucoup plus élevées que celles injectées jusqu'à présent chez l'homme. Voilà donc une substance d'une constitution chimique connue et simple, susceptible de donner (en combinant les symptômes humains avec ceux de l'animal), une triade de symptômes psychomoteurs et organo-végétatifs de la catatonie expérimentale, combinée avec des hallucinations, une triade comparable, non dans tous ces détails, mais bien en principe, aux symptômes de la démence précoce totale.

J'ai nommé ce syndrome : *La triade du principe de la démence précoce.* Il faut souligner encore que la mescaline se distingue donc bien des autres substances qui ne réalisent que le syndrome de la catatonie. Comme je viens de le dire, la formule de la mescaline est très simple, beaucoup plus simple que celle de la bulbocapnine. La voici :

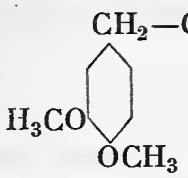


Je croyais que cette formule simple pourrait me servir à poursuivre la question de l'essence chimique de la réalisation de la catatonie expérimentale.

J'ai alors entrepris une nouvelle série d'expériences avec des substances dérivées plus ou moins de la mescaline. Grâce à la très grande bienveillance du laboratoire scientifique de la maison Hoffmann-Laroche, à Bâle, qui fabriqua pour nous un très grand nombre de variations de la mescaline (dont plusieurs nouvelles), nous avons pu examiner des produits chimiques tout à fait intéressants. Ces recherches ont été faites par mon collabora-

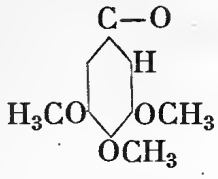
teur, le Dr Noteboom, dans mon laboratoire. Les données formeront le sujet d'une publication postérieure. Voici les formules de ces variations :

1. Substance N° 1949.

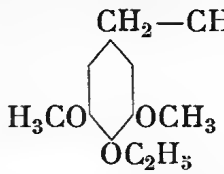


3-4-Diméthoxyphenylaethylamine

2. Triméthoxybenzaldéhyde.

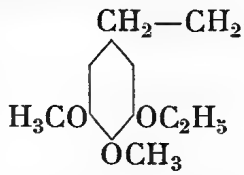


3. Substance N° 1950.



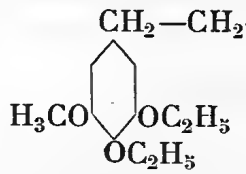
3-5-Diméthoxy-4-aethoxyphénylaethylamine.

4. Substance N° 1951.



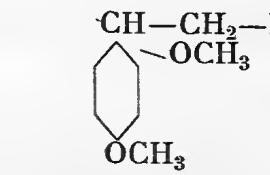
3-4-Diméthoxy-5-aethoxyphenylaethylamine.

5. Substance N° 1952.



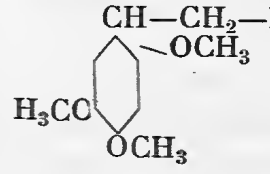
3-4-diaethoxy-5-méthoxyphenylaethylamine.

6. Substance N° 1953.



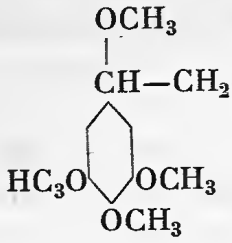
p-méthoxyphényl-β-méthoxyaethylamine

7. Substance N° 1954.



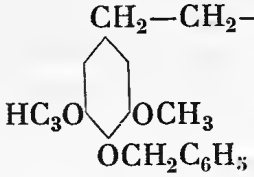
3-4-Diméthoxyphényl-β-méthoxyaethylamine.

8. Substance N° 1955.



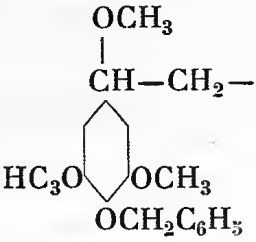
3-4-5-Triméthoxyphénil-β-méthoxyaethylamine.

9. Substance N° 1956.



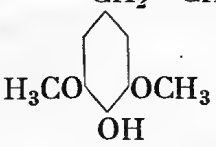
3-5-Diméthoxy-4-benzyloxyphénylaethylomine.

10. Substance N° 1957.



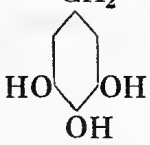
3-5-Diméthoxy-4-benzyloxyphényl-β-methoxyaethylamine.

11. Substance N° 1958.



3-5-Diméthoxy-4-oxyphenylaethylamine

12. Substance N° 1959.



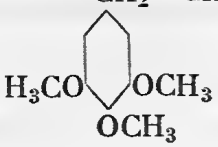
3-4-5-Trioxyphenylaethylamine

13. Substance N° 2070.



p-Methoxyphenylaethylamine

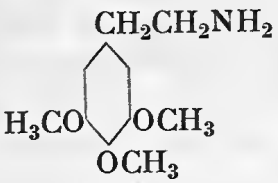
14. Substance N° 2057.



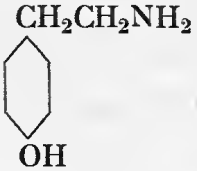
N-Dimethymescaline

M. Noteboom a trouvé que toutes ces variations sont susceptibles de réaliser une catatonie expérimentale plus ou moins typique.

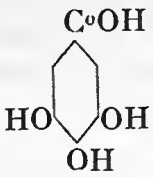
J'ai fait une autre série d'expériences, partant d'abord des produits intermédiaires de la synthèse de la mescaline et abou-



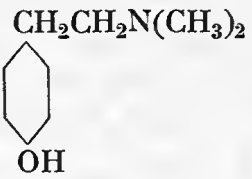
Mescaline.



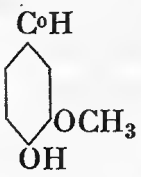
Tyramine



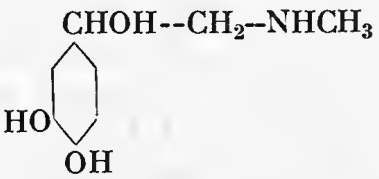
Acide gallic.



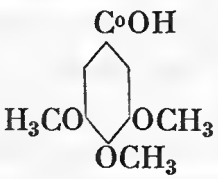
Hordenine.



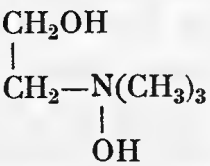
Vanilline.



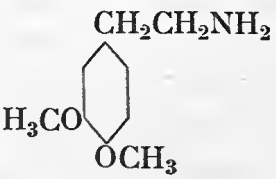
Adrénaline.



Trimethoxybenzaldehyd.



Choline.



Dimethoxyphenylaethylamine.

tissant à l'examen de l'effet catatonisant de différents produits biologiques connus dans l'organisme humain. Les produits intermédiaires de la synthèse chimique de la mescaline constituaient donc le point de départ de ces recherches. Cette synthèse se produit de deux façons. L'une d'elles provient de l'acide gallic, l'autre de la vanilline. L'injection de ces deux substances ne paraissait pas réaliser de catatonie chez la souris. La trimethoxybenzaldehyde produisait déjà chez la souris des symptômes

de la catatonie expérimentale. Une substance qui se rapproche davantage de la mescaline, la diméthoxyphenlaethylanine, produisait des symptômes catatoniques plus évidents encore, lors d'une injection de souris.

Le Dr Noteboom a constaté nettement les mêmes effets chez le chat.

Nous avons ensuite examiné d'autres variations : la tyramine et la hordenine. Elles ne paraissaient pas susceptibles de réaliser la catatonie. Comme variation de formule chimique, le tour venait alors à l'adrénaline. Cette substance parut pouvoir réaliser alors un état catatonique moyennant une dose très élevée, voisine de la dose mortelle et administrée dans des limites étroites de dosage (expérience sur 3 chats, 4 souris et 2 singes). L'on constatait : de l'hypokinésie, de la catalepsie, du négativisme, le tout tournant en des hyperkinésies et des paralysies quand on augmentait la dose.

Nous nous sommes posé la question de savoir si d'autres hormones aussi pouvaient produire un pareil effet. La thyroxine, la pitruitine, le menformon, l'hombréol (l'hormone masculine que l'on vient de dégager au laboratoire du Prof. Laqueur), l'insuline, la choline et l'acéthylcholine furent examinés. L'acéthylcholine seule paraissait pouvoir réaliser une catatonie très belle.

Dans cet ordre d'idées, il faut mentionner encore des expériences sur un chien sans glandes thyroïdes ni parathyroïdes, qui avait été opéré par la main très habile du vétérinaire, le Dr Kok, de Harlem, à qui nous sommes très obligés. Cette expérience était en rapport avec une publication de Parhon de 1902. Cet auteur avait vu chez de tels animaux des symptômes qu'il croyait pouvoir comparer aux symptômes catatoniques. Nous avons examiné le chien dans tous les stades imaginables entre l'état normal et l'attaque tétanique. On pouvait exciter ces stades par l'administration et la privation variable de thyroxine et de chaux. Jamais nous n'avons vu une catatonie expérimentale, bien quelquefois un état de faiblesse des pattes, qui pouvait suggérer une analogie superficielle avec la catalepsie, mais la différence fondamentale était que l'élément actif de la catalepsie faisait défaut.

En résumant, nous pouvons dire qu'il existe une catatonie expérimentale hormonale, que l'on peut exciter par des doses très élevées d'adrénaline et d'acéthylcholine.

Par suite des expériences qui avaient comme point de départ la démolition de la mescaline, nous avons trouvé encore d'autres symptômes catatoniques accompagnés de paralysie des pattes,

en administrant de la triméthylamine, de la diméthylamine, de la méthylamine et même de l'ammoniaque. Plus la molécule devenait simple, moins la catatonie devenait nette. La distance entre catalepsie et paralysie se faisait de plus en plus petite. A la fin nous avons examiné l'effet de l'azote elle-même. Les animaux en expérience furent conduits sous une cloche de verre remplie d'azote, jusqu'à ce qu'ils montrassent des convulsions épileptiques. Puis après en être retirés, les animaux se remettaient, passaient par un stade de sauts très intéressants et d'autres hyperkinésies, pour montrer enfin une très belle catalepsie, ce que nous pouvions démontrer en les pendant à un bec-Bunsen. Il paraissait très probable que ce n'était pas l'azote elle-même, mais l'asphyxie, qui produisait cet effet. Et voilà, quand on remplissait la cloche de CO^2, le même résultat fut atteint. *Il y a donc une catatonie causée par l'asphyxie.* Je me demande si la diminution du seuil de décharge des cellules motrices du système nerveux, hypothèse que nous avons admise avec H. Barük comme base pathophysiologique des symptômes moteurs catatoniques, ne repose pas sur une asphyxie de ces cellules.

De cette façon, on pourrait expliquer les expériences de Kauffmann, Spiegel, etc., d'après lesquelles l'oxygène (mélangée avec CO^2) peut être la cause que la catatonie disparaît temporairement. De cette façon aussi on pourrait expliquer le résultat de toutes les expériences mentionnées ci-dessus.

La catatonie expérimentale est une réaction fréquente du système nerveux central, indépendante de la formule chimique du toxique.

Cette fréquence de la réaction est encore accentuée par le fait constaté par Keller dans mon laboratoire, que l'irritation rythmique galvanique du crâne de quelques animaux donne aussi des symptômes analogues à la catatonie, symptômes désignés autrefois comme « narcose de Leduc ».

C'est aussi par la voie psychique, par l'hypnose, qu'on peut produire des symptômes cataleptiques (1). Serait-il possible que, dans ces cas aussi, les cellules motrices du système nerveux central fussent asphyxiées, par exemple, par l'intermédiaire de contractions vasculaires ? Ci-dessus nous avons dit que des substances, connues dans la biologie humaine, sont susceptibles de réaliser, dans une limite étroite de dosage, une catalepsie expérimentale.

Il faut mentionner ici que le Dr J. Freud, du laboratoire phar-

(1) Voir entre autres nos expériences avec L. van der Horst.

macologique d'Amsterdam, me demanda conseil sur des symptômes moteurs chez le rat, déterminés par un extrait lipoïde (extrait benzolé) de l'urine humaine normale. Je pus confirmer parfaitement son hypothèse qu'il s'agissait de symptômes catatoniques.

Alors le Dr Freud a accompli de nombreuses recherches avec l'extrait que Mlle Dingemans avait fait d'urine normale.

En même temps furent poursuivies, en collaboration avec nous-même, des recherches comparatives avec du matériel pathologique, plus spécialement avec de l'urine d'aliénés. Nous avons commencé par examiner de l'urine mixte provenant de plusieurs déments précoces. Puis nous avons recueilli l'urine d'un grand nombre de schizophrènes et d'autres malades mentaux, que nous pouvions examiner nous-mêmes dans la clinique du Prof. v. d. Horst. Après cet examen, l'urine fut extraite dans le laboratoire pharmaco-thérapeutique du Prof. Laqueur.

Ensuite fut exécuté un étalonnage biologique chez des rats, afin de définir le taux du toxique des urines, que nous avons nommé la *catatonine*.

Cet étalonnage nous faisait connaître le nombre des unités de catatonie par litre de l'urine examinée. Nous avons procédé de la façon suivante : nous avons admis comme unité de la catatonie la quantité juste capable d'exciter la catalepsie (éventuellement accompagnée de paralysie) dans les pattes de derrière du rat.

On dépose le rat, les pattes de derrière de travers ; à l'état normal, l'animal retire les pattes sous le corps ; après une injection d'une quantité suffisante de catatonine, les pattes restent déposées de travers. Un extrait benzolé préparé de 2 litres d'urine a été concentré en 1 cc. d'huile ou d'eau acide. Cette quantité donne justement une expérience de patte positive ; alors le cc. d'extrait contient l'unité de rat. L'extraction fut faite de 2 litres d'urine ; un litre d'urine contenait donc une demi-unité.

Les tableaux ci-joints montrent qu'on trouve assez constamment les valeurs les plus basses par litre d'urine dans les maladies mentales, c'est-à-dire constamment dans la démence précoce et dans deux cas de psychose maniaco-dépressive. Après avoir purifié autant que possible et pesé le résidu sec, l'unité paraît représenter une quantité minime de substance ou de substances, en d'autres termes, la puissance de la catatonine est extrêmement grande, comme le montre le tableau n° III. De là il résulte que la catatonine doit être une substance différente des substances déjà connues qui réalisent une catatonie.

Jusque-là, il était impossible aussi, par les quantités minimes qui se trouvent dans l'urine, de parvenir à une identification

TABLEAU I

Taux de catatonine dans l'urine normale d'hommes, de femmes et d'enfants.

N°	DATE	NOM DESCRIPTION	LITRES EMPLOYÉS POUR L'EXTRACTION	NOMBRE TROUVÉ DES UNITÉS PAR LITRE
1...	3-31	urine mixte d'hommes.	11	2
2...	3-31	— — —	10	8
3...	28-4-31	— — —	1500	2
4...	29-4-31	— — —	1600	2
5...	30-4-31	— — —	1750	2-4
6...	22-5-31	— — —	1,5	4
7...	17-6-31	— — —	2,8	4
8...	3-31	urine mixte de 6 hommes.	—	2
9...	3-31	urine d'homme F.	5	2
10...	18-5-31	— F.	1	2
11...	22-4-31	— — de J.	1	4
12...	28-4-31	— — P.	1,1	4-8
13...	5-31	— — K.	1	2/3
14...	28-5-31	— — K.	1	2
15...	19-5-31	— — v. H.	1	2
16...	1-8-31	— — de H.	1,25	4-8
17...	1-8-31	— — Z.	1,25	4-8
18...	4-6-31	urine de femme	2,1	2/3
19...	23-6-31	— —	2,2	1
20...	2-7-31	— —	2	2/3
21...	3-7-31	— —	2	1-2
22...	17-6-31	— — M.	2	2/3
23...	2-7-31	— — M.	2	1/1,5
24...	23-6-31	— — de V.	2,3	2/3
25...	29-7-31	urine mixte de garçons.	1	1-1,5
26...	29-7-31	— — — —	1	1,5
27...	8-8-31	— — — —	2	1
28...	29-7-31	urine mixte de jeunes filles	2	2
29...	8-8-31	— — — — —	2	1

chimique. L'exercice augmente le taux de catatonine. Un schizophrène examiné sous ce rapport le prouvait. Mais quand ce même

Tableau II

Taux de catatonine dans l'urine de cas cliniques et de malades mentaux

N°	Date	Nom	Diagnostic	Litre employé à l'extraction	Nombre trouvé de l'unité par litre	Observations
1.	24-4-31	—	Sclérose en plaques	1,9	2	
2.	24 4-31	—	Tabes.	2	2	
3.	1-6-31	—	Syphilis médullaire	2	2/3	
4.	1-6-31	Vr.	Tabes.	2	1/2	
5.	15-6-31	W.	Néphrite.	2	< 1/2	
6.	16-6-31	M.	Néphrite.	2,1	2/3	
7.	15-6-31	P.	Diabète.	2,1	1	
8.	15-6-31	L.	Diabète.	1,1	1	
9.	17-6-31	de R.	Néphrite.	1,25	2	
10.	6-31	P.	Ulcère gastrique.	1,75	1	
11.	6-31	P.	Ulcère gastrique.	1,75	2/3	répétition.
12.	1-6-31	v. L.	Chorée.	2,25	2/3	10 ans.
13.	1-6-31	B.	Chorée.	2	1/2	11 ans.
14.	1 6-31	v. d. B.	Chorée.	1,9	1/2	5 ans.
15.	4-31	Urine mixte.	Schizophrénie.	2,5	< 1/3	
16.	4-31	W.	—	2,5	< 1/3	
17.	4-31	W.	—	1,5	2/3	amélioré.
18.	4-31	V.	—	2,75	< 1/3	
19.	4-31	W. e. V. (urine	—	3,5	< 1/3	
20.	4-31	We. V } mixte	—	3	< 1/3	
21.	21-4-31	W. eV. (	—	2	< 1/2	
22.	21-4-31	L.	— + catatonie.	2	< 1/2	
23.	2-4-31	T.	— + catatonie.	2,25	< 1/2	
24.	22-4-31	Kl.	Catatonie aiguë.	2	< 1/2	
25.	28-4-31	V.	Schizophrénie légère.	4,2	< 1/4	
26.	12-5-31	Kl.	Catatonie.	1,7	< 2/3	
27.	12-5-31	v. d. S.	—	1,9	< 1/2	
28.	30-8-31	v. d. S.	—	2	1/2	amélioré.
29.	28-11-31	L.	Schizophrénie.	2	< 1/2	
30.	28-11-31	Sch.	— + catatonie.	3	1/3	av. la gymnast.
31.	16-12-31	Sch.	— + —	2	1	pendant —
32.	30-1-32	Sch.	— + —	4,5	< 1/4	après —
33.	30-1-32	D.	Démence paranoïde	4,5	1/4	(récidive)
34.	23-2-32	T.	— —	3,6	< 1/3	
35.	23-2-32	O.	Schizophrénie.	3	< 1/4	
36.	5-4-32	T. U.	Psychose maniaco-dépressive	4	> 1/3	
37.	6-5-32	D.	Schizophrénie.	4	< 1/4	
38.	11-5-32	W.	Psychose maniaco-dépressive	5	> 1/5	
39.	2-1-33	X.	Schizophrénie.	10	1/6	
40.	15-1-33	Y.	—	10	1/7	
41.	2-2-33	Z.	—	10	1/6	

malade devenait plus mobile à cause de l'aggravation de son mal, le taux de catatonine dans son urine baissait. Nous avons constaté le même symptôme chez une maniaque agitée. Le degré de la maladie a donc plus d'influence sur le taux que le mouvement.

Le résultat le plus important que nous ayons obtenu est donc une excrétion amoindrie de catatonine dans quelques maladies mentales. Il y a donc une rétention dans le corps.

TABLEAU III

Puissance de différentes substances catatonisantes

SUBSTANCES	SEUIL DE LA RÉACTION AVEC
Bulbocapnine.....	1-2 mgr.
Mescaline.....	3 »
Adrénaline	0,1 »
Acéthylcholine.....	0,12 »
Catatonine	*0,0006* »

Il nous parut logique que le cerveau retiendrait la catatonine, puisque la catatonie expérimentale est un syndrome cérébral.

Nous avons fait alors une injection de catatonine à dose élevée à six rats. Au maximum de la catatonie, les animaux furent tués, et le cerveau fut extrait, comme on l'avait fait pour l'urine. Cet extrait de cerveau injecté chez le rat donna de nouveau des symptômes de catatonie. Comme expérience de contrôle, le cerveau de rats non-injectés fut traité de la même façon : l'extrait ainsi obtenu n'influençait pas la motilité du rat. Ces expériences furent répétées encore en deux séries postérieures, toujours avec le même résultat. C'était à peu près la même quantité injectée que l'on retrouvait dans le cerveau. Deux à trois jours après l'injection, le cerveau de ces animaux ne contenait plus de catatonine, tandis que dans l'urine recueillie de ces animaux, la catatonine fut retrouvée à peu près quantitativement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 9 Février 1933

Présidence : M. Roger MIGNOT, vice-président

PRÉSENTATIONS

Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée aiguë. Deux observations,

par M. A. COURTOIS, Mme Y. ANDRÉ et M. J.-O. TRELLES.

Les deux malades que nous avons l'honneur de présenter à la Société posent, encore une fois, le problème des troubles mentaux consécutifs aux intoxications oxycarbonées.

OBSERVATION I. — Mme S. Emilie, 55 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 31 décembre 1932. Elle est envoyée de l'hôpital Saint-Louis où on n'a pu la conserver en raison de son gâtisme, de troubles de l'orientation et de la mémoire.

Il y a deux ans, alors qu'elle était normale jusque-là, intoxication accidentelle grave par le gaz d'éclairage, intoxication dont son mari est mort. Elle-même, après un coma prolongé, fut soignée pendant 6 mois à Saint-Antoine. Mais à sa sortie, si l'état général avait subi une amélioration notable, on pouvait noter la persistance de troubles mentaux caractérisés et, depuis, la malade ne s'est livrée à aucune activité utile.

Elle se présente actuellement avec un faciès plus indifférent qu'inexpressif. En général souriante, elle ne parle pas spontanément, ne semble avoir aucune préoccupation et se contente d'obéir passive-

ment aux ordres qu'on lui donne. Elle parle, sans manifester d'émotion, de la mort de son mari et d'événements pénibles de son existence.

L'examen montre des troubles importants de la mémoire. Elle se croit actuellement à Gagny et pense être en avril 1930 ou 1931. Absence d'effort, inattention ; à beaucoup de questions, elle ne cherche même pas à répondre et préfère déclarer : « Je ne sais pas du tout, je ne suis pas renseignée là-dessus. »

Le souvenir des faits anciens est pour ainsi dire complètement aboli. Elle ignore son âge, dit qu'elle a 25 ans, ne sait quand elle s'est mariée, croit n'avoir vécu que deux ans avec son mari ; ne se rappelle pas le nom de la ville d'Italie où elle fut élevée. La guerre était en 1925-26.

Les souvenirs scolaires sont également disparus ; elle est incapable de faire les calculs les plus simples, ignore quel fleuve passe à Paris. On note également une perte des souvenirs du travail d'autrefois ; elle était canneuse de chaises, et ignore en quoi cela consiste exactement.

L'enregistrement des faits récents est quasi-nul. Elle n'a pu retenir le nom des médecins, des infirmières, ne se rappelle pas si elle a pris ou non son déjeuner. Fabulation ébauchée, prétend, ce qui est inexact, qu'elle vient de manger du bœuf, des haricots et des pommes de terre. Elle invente parfois des histoires, raconte que deux soldats sont venus chercher une voisine, mais en général la fabulation est pauvre. Peu de suggestibilité.

Elle ne se perd pas dans le service et retrouve seule, d'habitude, sa chambre et son lit.

L'examen du niveau mental donne Q. I. 30 ; âge mental, 4 ans et 9 mois (Terman).

L'exploration du jugement est rendue difficile par les réponses évasives de la malade : « Je ne sais pas, ça ne fait rien. »

Activité utile nulle, mais curiosité, suit les visiteurs, va voir ce qui se passe. Diminution du sens moral, larçins menus, vols à des voisines de lit. Gloutonnerie. Gâtisme.

Hyperréflectivité tendineuse, généralisée, plus vive à droite où la percussion du tendon d'Achille déclanche un clonus du pied qu'on ne provoque pas par la manœuvre courante. Pas de modifications du tonus musculaire. Pas de tremblement. Pas de troubles notables de la démarche. Gibbosité dorsale ancienne.

Réflexes pupillaires normaux. Pas de paralysies oculaires. Tension artérielle : 9-5 (Vaquez). La ponction lombaire n'a pas été pratiquée (cyphose). Azotémie : 0,26. Wassermann, Meinicke et Kahn : négatifs. Examen hématologique: anémie, globules rouges : 3.640.000; globules blancs : 5.600, dont lympho. : 30 ; moyens mono. : 12 ; grands : 5 ; poly. neutrophiles : 53. Valeur globulaire : 0,82. Hémoglobine : 60 (Mlle Salamon). Urines normales.

Observation II. — Mme B. Marie, 50 ans, est une déprimée qui a fait, le 3 janvier 1933, une tentative de suicide par asphyxie au gaz.

D'après les renseignements, il semble que la malade n'ait pas été exposée plus d'une heure à l'action du gaz. Quand on l'a trouvée, elle était sans connaissance, mais elle est revenue à elle rapidement pendant son transport à l'hôpital.

Elle reste deux jours dans un état de torpeur, sans parler. Elle reconnaît l'entourage le troisième jour, mais on observe alors des troubles profonds de la mémoire.

A son entrée dans le service (14 janvier) elle est déprimée et explique cet état par la peine qu'elle a d'avoir perdu toute sa mémoire.

Elle est, en effet, désorientée dans le temps et dans l'espace, ignore la date ; ne sait où elle est, ni depuis combien de temps. Elle se perd dans le service, ne retrouve pas son lit. Elle ne peut dire son âge, mais se souvient de sa date de naissance.

La mémoire des faits anciens est affaiblie : sait qu'elle a été élevée à Rignac, en Auvergne, mais ignore jusqu'à quel âge, ne donne aucune précision sur sa vie passée. Ne se rappelle pas les dates de la guerre, c'est à peine si, très vaguement, elle se souvient qu'il y en a eu une. Elle ignore le nom du Président de la République.

Les souvenirs récents sont assez vagues. Elle a oublié sa tentative de suicide, ne sait qui l'a accompagnée ici, où elle était auparavant. Cependant, la mémoire de fixation est meilleure (emploi du temps, repas...).

Les notions scolaires ne peuvent être évoquées. Elle ne peut faire un calcul simple : multiplication ou soustraction, et additionne seulement deux chiffres. Les connaissances géographiques les plus élémentaires paraissent oubliées. L'attention, la capacité d'effort sont très diminuées ; si elle peut réciter lentement mais correctement les mois de l'année, elle ne peut les répéter à l'envers.

Niveau mental (Terman), Q. I. : 53 ; âge mental, 8 ans 6 mois (31 janvier 1933).

Le jugement semble assez peu atteint : elle se rend bien compte qu'elle est malade et que sa mémoire est très défaillante.

Nous n'avons pas mis en évidence de fabulation, ni d'idées délirantes dépressives hypocondriaques ou de persécution.

Réflexes rotuliens vifs, antibrachiaux normaux. Léger tremblement digital. Les pupilles réagissent normalement à la lumière. Pas de paralysies oculaires. Fond d'œil normal. T. A. : 14-7 (Pachon).

L. C.-R. : albumine : 0,30 ; Pandy et Weichbrodt : 0 ; leuco. : 0,8 ; benjoin : 00000.02222.00000. Wassermann et Meinicke : négatifs. Azotémie : 0,45. Examen hématologique (Mlle Salamon), anémie, globules rouges : 3.800.000 ; globules blancs : 7.000, dont lympho. : 19 ; moyens mono. : 8 ; grands : 3 ; poly. neutrophiles : 70. Valeur globulaire : 0,90. Hémoglobine : 68 0/0. Wassermann, Meinicke et Kahn: négatifs. Urines normales.

Evolution. — Le 6 février nous trouvons la malade mieux orientée dans le temps et dans l'espace. Les souvenirs anciens peuvent être évoqués, mais avec des erreurs. Les calculs simples sont effectués plus correctement qu'à l'entrée.

Mais la malade ne se rappelle pas l'état dépressif qui a motivé sa tentative de suicide, ni les circonstances de cette tentative. Même amnésie de l'état confusionnel grave initial.

Amélioration de l'état physique, mais absence d'activité spontanée et tendances dépressives.

Dans les antécédents, un accès dépressif de quelques mois, à 46 ans, avec deux tentatives de suicide. D'après l'entourage, la malade ne présentait pas, au moment de sa tentative, d'affaiblissement intellectuel notable (1).

En résumé, de ces deux malades, l'une présente, après une intoxication prolongée, accidentelle, par le gaz d'éclairage, un syndrome démentiel paraissant en rapport avec des lésions cérébrales irréversibles.

La seconde, au contraire, après avoir présenté un état confusionnel accentué, s'améliore lentement ; mais il subsiste un certain degré d'amnésie lacunaire, notamment sur tout ce qui concerne l'intoxication et les faits qui l'ont immédiatement précédé. Nous voudrions insister maintenant sur plusieurs points.

D'abord, il nous paraît hors de doute que les troubles mentaux qui, chez nos deux malades, ont immédiatement suivi le coma, sont bien le fait de l'intoxication oxycarbonée. Le seul rapport chronologique emporte la conviction. Bien que, dans certains cas, un intervalle libre sépare le coma des troubles mentaux et nerveux ultérieurs, il n'en a pas été ainsi dans nos deux observations, où la confusion mentale se manifeste immédiatement après le retour de la connaissance. D'autre part, on sait que, dans les asphyxies par le gaz d'éclairage, l'agent toxique est pratiquement l'oxyde de carbone seul, fait sur lequel M. Souques a insisté récemment encore.

Le second point est la discussion du *mécanisme pathogénique* des troubles mentaux. Doit-on les considérer comme des séquelles mécaniques (d'ordre vasculaire) de l'asphyxie, de l'anoxhémie ; ou bien peut-on les attribuer à un véritable processus toxique propre à l'oxyde de carbone ?

Ce débat qui sépare physiologistes (Haldane, Mosso, Balthazard...) et anatomo-pathologistes n'est pas encore tranché. Récemment, dans une série de recherches conduites avec méthode,

(1) Depuis la présentation, persistance des mêmes troubles mnésiques avec indifférence, inactivité, sans amélioration notable.

Desoille (1) a essayé, en confrontant les résultats des diverses disciplines, d'apporter sinon une solution, du moins une hypothèse approchée. Dans sa monographie, qui contient l'exposé de recherches originales et une riche bibliographie, il conclut : « qu'il n'est pas prouvé que l'oxyde de carbone soit doué d'un pouvoir toxique vis-à-vis du système nerveux. Au cours de l'intoxication *aiguë*, il réalise une anoxhémie. C'est avant tout par l'intermédiaire de cette asphyxie qu'il lèse le système nerveux ». Mais ainsi que le reconnaît Desoille, cette affirmation ne concerne que les faits expérimentaux, souvent bien différents de ceux que nous offre la clinique et de l'avis même de l'auteur l'opinion de l'action toxique primitive sur le système nerveux ne doit pas devoir être rejetée d'emblée.

Sur certains points, elle est même assez séduisante, spécialement pour expliquer la fréquence des troubles de la mémoire d'une part, et des troubles acinéto-hypertoniques d'autre part, où la théorie vasculaire paraît moins satisfaisante.

D'ailleurs, des lésions cérébrales inflammatoires assez diffuses ont été signalées par Lesser, Bruns, Sibelius (2), Marchand (3). De leur côté, C. et O. Vogt pensent que l'oxyde de carbone possède une action irritative particulière et provoque une pathoclise spécifique sur le pallidum, opinion partagée entre autres par Ferraro, Mayer, Gros, Lhermitte, Souques, Baldi...

D'ailleurs, la seule clinique permet de rapprocher le cas de nos malades de syndromes connus. La première, en particulier, rappelle avec son amnésie continue, sa fabulation pauvre, certaines formes chroniques de psychose de Korsakoff alcoolique où les signes paraplégiques ont disparu alors que les troubles mentaux persistent. On peut également rapprocher ce cas des formes presbyophréniques de démence sénile dont le syndrome mental est souvent si semblable à la psychopolynévrite alcoolique que Dupré et René Charpentier (4) ont tenté la réduction de ces deux syndromes.

Et si, comme le pensent entre autres Nissl et Alzheimer, des troubles mentaux analogues doivent avoir un substratum anatomique semblable, on comprend l'intérêt de l'étude des lésions cérébrales, spécialement cellulaires, dans l'intoxication oxycar-

(1) H. Desoille. — « Les troubles nerveux dus aux asphyxies aiguës ». *Thèse de Paris*, 1932, Le François, édit.

(2) Cités par Desoille.

(3) Intoxic. oxycarbonée. Encéphalite... E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. Soc. Méd. Hôpitaux, 23 mai 1930.

(4) E. Dupré et René Charpentier. — Psychopolynévrites chroniques et démence. *Encéphale*, 1909, p. 143.

bonée accidentelle ou expérimentale, par des méthodes d'histologie fine et d'histochimie.

Enfin, il ne semble pas, d'après les observations publiées et que nous avons pu consulter, que le sexe et l'âge jouent un rôle capital dans la production des séquelles. Néanmoins, dans nos deux cas, on ne peut manquer d'être frappé par le fait que les malades avaient atteint l'âge où chez la femme commence l'involution cérébrale.

M. Lévy-Valensi. — J'ai actuellement dans mon service, à Ambroise-Paré, une malade qui, à la suite d'une intoxication semblable par tentative de suicide, présente un syndrome d'amnésie analogue, mais sans fabulation. Je ne sais comment elle évoluera, mais l'exemple de la malade ici présentée assombrit le pronostic de ces états.

M. Rayneau. — J'ai souvenance de deux cas semblables : celui d'une mélancolique sénile qui avait voulu se suicider et devint démente ; celui d'une femme plus jeune qui, malgré la même amnésie de fixation, se rétablit en six semaines.

Comme exemple d'une amnésie de fixation aussi intense mais de cause infectieuse et non toxique, je citerai une femme qui, après une fièvre typhoïde, ne fixait aucun fait, même les plus frappants. C'est ainsi qu'en descendant du plateau où elle avait reçu une douche électrique et entendu crépiter des étincelles autour d'elle, elle l'oubliait aussitôt.

M. Demay. — Le seul point commun des deux malades présentées semble être l'amnésie. Par ailleurs, la première paraît être une démente. La seconde semble plutôt être actuellement dans un état de dépression consécutif à la confusion toxi-émotionnelle, état de dépression rappelant les accès qu'elle eut antérieurement à l'intoxication.

M. René Charpentier. — Je félicite les auteurs de cette très intéressante communication. J'ai eu l'occasion d'observer autrefois, à la Salpêtrière, un cas d'intoxication oxycarbonée avec syndrome dépressif consécutif, et je voudrais ajouter que, même dans ces cas dans lesquels le syndrome observé apparaît comme d'un pronostic favorable, il est prudent de faire des réserves. Le pronostic est, en effet, fonction de lésions parfois discrètes, analogues à celles dont M. Trelles vient de rappeler l'existence, beaucoup plus que du syndrome mélancolique en rapport avec l'intoxication mais dont l'intensité peut masquer et ces lésions discrètes et l'amnésie elle-même.

Hallucinations verbales et respiration,

par MM. B.-J. Logre et D. Lagache.

Les rapports de la parole et de la respiration sont extrêmement étroits. Le passage du courant expiratoire par le larynx et par la bouche est la matière que la phonation et l'articulation informent. Chervin a montré, et les Américains ont vérifié expérimentalement, que l'inversion de cette synergie était à l'origine du bégaiement. La parole utilise le rythme respiratoire et le modifie automatiquement pour l'adapter aux phrases de la mélodie verbale, qui spatialise elle-même le rythme de la pensée.

La parole intérieure conserve des relations avec le rythme respiratoire. Sans doute en est-elle plus affranchie, et peut-elle avoir lieu, soit pendant l'expiration, soit pendant la suspension de la respiration. Mais ces performances paradoxales sont artificielles. L'introspection et l'interrogatoire de quelques sujets nous ont montré que l'activité de la parole intérieure était en corrélation avec des rythmes respiratoires comparables à ceux qui accompagnent la parole à voix haute. Cette corrélation devient évidente lorsque l'on imagine une mélodie, ce qui peut-être est impossible, sans modifications du rythme respiratoire ; ce sont ces modifications du rythme respiratoire sur lesquelles repose l'élément rythmique de l'évocation de la mélodie, et la précision proprement auditive, hauteur et rapports des sons, dépend en grande partie de la précision rythmique, elle-même en corrélation avec les modifications du rythme respiratoire.

Les hallucinations verbales nous paraissent soutenir avec la respiration des rapports intéressants, qui n'ont peut-être pas été suffisamment étudiés.

En ce qui concerne les hallucinations auditives verbales, on peut les voir se greffer sur la respiration, comme sur les bruits du cœur ou des vaisseaux, ou sur des bruits extérieurs qui sont souvent des bruits rythmés. Ce rapport peut être plus ou moins confusément pressenti par les malades, et ce pressentiment peut se traduire par des particularités de l'interprétation. Un de nos malades croyait que les paroles parasites étaient dans l'air sous forme d'ondes, et qu'il fallait le souffle des personnes présentes pour leur donner corps et sonorité, de telle sorte qu'elles paraissaient issues de leur bouche.

Avec les phénomènes désignés depuis Séglas sous le nom d'hallucinations psycho-motrices verbales, les corrélations éta-

blies par les malades deviennent plus précises. Quelle que soit leur localisation, épigastrique, glottique ou buccale, elles sont toujours susceptibles de mettre en cause la respiration.

Une mélancolique de Séglas et Londe (1), éprouve dans le gosier « une sensation de vide qui lui donne de mauvaises pensées » ; elle a dans la gorge « comme une respiration aiguë » qui lui donne « des idées mélangées ».

Un alcoolique chronique avec accidents subaigus, observé par Vallon (2), s'entend accuser de dire de vilaines choses ; lui croit ne rien dire, mais il entend des personnes qu'il ne connaît pas et qui sont à plusieurs kilomètres, répondre à ce qu'il dit ; il sent quelque chose qui lui sort par la bouche et par le nez ; ces paroles sortent presque toujours quand il a fini de parler, après la parole normale. Au décours de son accès subaigu, il raconte qu'il lui semblait que sa respiration parlait ; il éprouvait des sensations particulières dans la bouche, le nez, la gorge : « ça lui échauffait ». A propos de ce malade, Vallon se demande s'il s'agit d'illusions psycho-motrices, d'hallucinations psycho-motrices élémentaires, ou d'hallucination de la muqueuse respiratoire suivie d'hallucination auditive, l'hallucination de la muqueuse jouant en quelque sorte le rôle de signal-symptom, et l'hallucination verbale celui d'hallucination réflexe, selon l'expression de Séglas.

Lévy-Darras (3) rapporte dans sa thèse l'observation d'un influencé à qui ses voix avaient essayé de faire croire que c'était lui qui parlait : « Je sais, disait-il, que ce n'est pas moi qui cause, et si je ferme la bouche, ça me sort par le nez. »

Voilà quelques exemples que nous avons retrouvés dans nos notes. Il y en a d'autres dans la littérature, mais, croyons-nous, peu nombreux.

Dans les faits que nous relatons aujourd'hui, les rapports des hallucinations verbales et de la respiration sont extrêmement particuliers, et, pensons-nous, inédits. De plus, la description que nous en donnerons se fonde, non sur le récit incomplet ou stylisé d'un délirant, mais sur l'observation objective, minutieuse et répétée du comportement. A ce titre, quelles que soient les réflexions et les hypothèses que notre observation suggère,

(1) Séglas et Londe. — Sur les hallucinations et en particulier les hallucinations psycho-motrices verbales dans la mélancolie. *Archives Neurologiques*, 1892, p. 201 et p. 386.

(2) Vallon. — Hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme. *Annales Médico-psychologiques*, 1895, vol. I, p. 97.

(3) Lévy-Darras. — La Psychose d'influence. *Thèse de Paris*, 1914.

elle nous paraît constituer une contribution, peut-être minime, mais à coup sûr positive, à la sémiologie des hallucinations dites « psycho-motrices verbales ».

Observation. — Premier examen : 14 janvier 1933.

La malade, âgée de 52 ans, entre à l'Infirmerie Spéciale le 13 janvier 1933, à la suite d'une plainte déposée par elle au Commissariat de son quartier.

Sitôt arrivée dans le cabinet médical, elle proteste contre sa mise en cellule et déclare retirer la plainte qui l'y a conduite. C'est une femme brune, petite, assez corpulente, portant bien son âge, extrêmement animée. La parole est facile, rapide, véhémente. D'emblée, l'on remarque qu'à chaque arrêt de la parole à voix haute, elle chuchote et, plus rarement, parle d'une voix grave et basse.

D. — Pourquoi avez-vous déposé une plainte au Commissariat ?

R. — Parce qu'on me suggestionne. Mais je suis prête à la retirer. Je ne l'aurais pas déposée si j'avais su... On m'a mise dans une cellule, c'est pas une chose à faire à une femme comme moi...

D. — Comment savez-vous qu'on vous suggestionne ?

R. — Je le sais parce que je l'entends. J'entends la personne qui me menace de me faire fermer. Je l'entends. C'est la personne qui m'a suggestionnée. Il parle nuit et jour, je ne peux me reposer. Ils me tiennent le cou, là derrière.

D. — L'entendez-vous très fort ?

R. — Très fort, non, je l'entends. Ici c'est feutré. C'est un chuchotement très loin.

D. — Mais est-ce que ce n'est pas vous qui chuchotez ?

R. — C'est la personne qui me cause, moi je ne dis rien. Je ne parle pas toute seule. Ils disent qu'ils vont me faire fermer, etc...

D. — Mais je vous entends chuchoter ?

R. — Je chuchote parce qu'il me parle. Il me parle lui-même. C'est la personne implantée qui parle.

D. — Comment se fait-il que, tantôt, vous chuchotiez, tantôt, vous parliez d'une voix grave ?

R. — C'est la même personne qui doit changer sa voix.

D. — Qu'est-ce qu'ils disent encore ?

R. — Ils disent des grossièretés.

D. — Et puis ? Savent-ils vos pensées ?

R. — Oui, toutes mes pensées, et puis tout ce que je fais, des choses sans importance : supposons que je vais faire le déjeuner, faire bouillir le lait. Elle me dit toutes sortes de choses.

D. — Est-ce qu'elle vous apprend quelque chose ?

R. — Je sais à peu près tout ce qu'elle dit, elle nous menace aussi.

D. — Qui est-ce qui vous parle ?

R. — Je ne sais pas exactement. Il s'est nommé de Mostaganem, Algérie. Il change sa voix.

D. — Vous n'avez aucun soupçon ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Est-ce un esprit ?

R. — Il est très vivant. Il me parle, me fait répondre... Il est fort, il est tenace.

D. — Depuis quand l'entendez-vous ?

R. — Depuis octobre 31, que j'habite rue de Choisy. J'ai déménagé à ce moment. Auparavant, j'étais suggestionnée sans parler ; on me faisait avoir des raisons sans motifs avec mes enfants et mon mari. Je l'ai compris depuis. Je travaillais, je faisais des pantalons militaires. On m'enlevait mes idées.

D. — Comment la suggestion parlée a-t-elle commencé ?

R. — Ça a commencé brusquement. Le 27 octobre 1931, j'ai eu une interpellation dans la nuit. On m'a causé. Depuis, on m'injurie, on me traite de tout, de putain, de salope.

D. — Vous ne sentez rien, dans l'estomac, dans la gorge, dans la bouche ?

R. — Dans la tête je les sens, à cause de mes épingles à cheveu. Ils me serrent la tête comme dans un étau. Ils prétendent que c'est le fer qui les attire. Ils m'ont donné des troubles de la vue, en me serrant la tête. J'ai crié, il a cessé, mais il m'a pris les jambes.

D. — Est-ce que je pourrais l'entendre ?

R. — Vous ne pourrez pas comprendre, il chuchote.

D. — Dites-lui de parler plus fort.

R. — Parlez devant le Docteur.

R'. — (à voix haute). Parlez je vous prie (propos prétendu inspiré).

R. — Il s'est retiré, mais il me tient la tête.

R'. — (chuchoté). Naturellement.

D. — Qu'est-ce qu'il vous dit ?

R. — Il dit qu'ils se font pas mal.

R'. — 000000...

R. — Même si je bouche les oreilles, j'entends. Ça atténue.

D. — Et votre famille entend-elle ?

R. — Non, mes enfants et mon mari n'entendent pas. Ils sont suggestionnés en pensée pour me faire avoir des querelles.

Mme R. croit entendre presque tout le temps la voix de son persécuteur, et ne peut s'empêcher de lui répondre. Parfois, il fait les réponses lui-même ; elle les pense, ne répond pas, c'est lui qui les dit. Parfois, il dit des réponses qu'elle ne pense pas. Ou encore, il fait lui-même la question et la réponse.

Il lui fait sentir des odeurs, les unes désagréables, odeur de cuir brûlé et odeur de cabinet, les autres agréables, odeur de rose ou de fleur d'oranger.

La possession corporelle se manifeste par des sensations, des inhibitions et des actes : ils la prennent sur place, la font tomber sur

place, et lui donnent des douleurs ; elle casse de la vaisselle, pas volontairement, ou laisse brûler le manger ; on la force à des disputes ; au marché, on la fait dépenser, changer cent francs pour cinquante francs ; on provoque une augmentation du prix des marchandises ; à table, on lui fait renverser quelque chose ; les deux jambes ont été prises ; elle ne pouvait marcher ; parfois, ils lui prennent un bras ; ils lui prennent les nerfs ; on dirait qu'ils lui serrent le cou, le bras, tout. On l'endort dans le métro.

On cherche à l'exciter, quelquefois on l'a fait jouir.

En résumé, tous les actes de la vie courante, toutes les maladresses surtout, toutes les impressions pénibles, toutes les discussions familiales sont mises au compte du persécuteur par des interprétations remarquablement extensives.

Elle a failli se tuer, tellement il l'agace.

Mais elle a lutté énergiquement, avec des moyens de défense divers.

Contre les paroles : quelque chose autour de la tête, de l'ouate dans les oreilles : elle entend quand même, mais plus sourd ; des morceaux de pomme de terre épluchée dans la bouche ; serrer les narines ; des lavages du nez et de la bouche à l'eau salée : ça le gêne beaucoup, du moins le prétend-il, mais sait-on ?

Contre les entreprises érotiques ; se tamponner avec de l'eau fraîche, pour ne pas se laisser exciter.

Par moment, il lui donne au cœur, mais une bonne ceinture de flanelle, très serrée, ça le gêne.

Enfin, elle est allée à la clinique D. pour se faire enlever sa suggestion. Le D[r] D. lui a fait vingt-cinq séances de suggestion, qui lui faisaient un peu de bien : le persécuteur ne s'attaquait plus à la tête, mais seulement au corps, il y avait un mieux tant qu'elle était à la clinique.

Examen physique. — Tachycardie variable, de 92 à 104. Tremblement discret des doigts.

Antécédents. — Séjour en Algérie pendant 40 années, de 9 ans à 49 ans. Nombreux accès de paludisme. Ménopause à 49 ans, il y a 3 ans.

A encore suivi l'école deux années après avoir obtenu son certificat d'études.

Un fils marié et une fille d'une vingtaine d'années, tous deux très bien portants.

Renseignements donnés par le fils et la fille. — Début apparent brusque, le 27 novembre 1931. S'est sentie fatiguée, est restée au lit. N'a rien laissé voir. Plus tard, on l'a entendu parler à voix basse, et elle a fini par raconter ce qu'elle avait. Insomnies. Parle la nuit. Désigne nommément un persécuteur, et un seul, ami de la famille.

Volontaire, énergique. Epouse et mère parfaite. Jamais ses enfants n'ont eu à se plaindre d'elle.

Depuis la maladie, discussions, giffles, de part et d'autre.

Ils ont essayé de l'interner, mais n'ont pu se résoudre à la laisser à l'Asile.

Dossier. — 8 juillet 1932, Dr Badonnel : « ...Psychose hallucinatoire chronique. On la suggestionne, on lui serre le cerveau dans un étau. On l'empêche de dormir. On lui fait vomir ses repas. Entend continuellement à l'oreille la voix assourdie de ses amis. Dialogue à voix basse. Irritabilité. Réactions coléreuses. Ménopause depuis 3 ans. »

9 juillet 1932, Dr Dupouy : « Psychose hallucinatoire. Idées actives de persécution et d'influence. Hallucinations auditives continuelles, olfactives par intervalles. On la suggestionne. On l'empêche de dormir, on l'incendie la nuit. Entend des sottises, des menaces de mort contre elle et son enfant. La personne change de voix continuellement. Odeurs de souris. On lui étreint le cerveau, on lui serre le cou et la tête, on la met en colère. Répond à ses voix. Irritabilité croissante de l'humeur. Paludisme ancien. »

12 juillet 1932, Dr P. Abély : « Psychose hallucinatoire chronique. Idées actives de persécution et d'influence. Hallucinations auditives. Injures, menaces sur elle-même et sur les siens, annonce d'événements prochains. Aucune réaction antisociale. »

14 juillet 1932 : confiée à son fils.

Second examen (15 janvier 1933). Dans ce second examen, nous nous sommes efforcés de préciser les caractères et le contenu de la parole chuchotée. La malade se présente avec la même excitation, la même loquacité que la veille ; comme la veille, la parole chuchotée occupe les pauses, ou une partie des pauses de la parole à voix haute.

D. — Reconnaissez-vous la voix ?

R. — Je reconnaissais la voix très vaguement, il la change. Il a la voix d'une personne plus âgée, comme s'il avait quelque chose dans la bouche. Il me fait toutes sortes de tours. Il me fait casser des aiguilles de machines, il me le dit. Je vois que c'est cassé par la personne. Je m'en suis très rendu compte.

D. — Pourquoi fait-il tout cela ?

R. — Je n'ai jamais pu le savoir. La première fois, j'ai eu très peur, je me suis demandé s'il était vivant ou mort. Après, il a parlé presque fort, comme quelqu'un qui causerait près de moi. Je ne peux définir son motif exact.

D. — Est-ce qu'il vous aime ?

R. — Un jour, il dit que c'est par amour, un autre le contraire. Il dit qu'il va prendre un commerce. Je l'ai convié à venir chez nous.

D. — Cherche-t-il à avoir des relations avec vous ?

R. — Il m'a travaillé dans les organes génitaux, je me suis bassinée avec de l'eau glacée. Il n'y est pas revenu. Ou rarement.

D. — Allait-il jusqu'à vous faire jouir ?

R. — Il le cherchait, mais il ne me le donnait pas.

D. — Et vous, pouvez-vous le lui donner ?

R. — Moi, je ne peux pas agir sur lui...

.....

R. — Oui, on parle par ma bouche, presque constamment, quand il a fini, il s'arrête... On m'oblige à répondre..., je répète malgré moi ce qu'il disait..., c'est comme un soufflet de forge.

D. — Vous remue-t-on la langue malgré vous ?

R. — Non... J'ai cherché plutôt à l'arrêter, je lui ai dit : faites attention !

D. — Au total, il ne vous a pas fait beaucoup de mal ?

R. — Non. J'ai plutôt mieux mangé. Il m'a fait aller du corps et uriner. Auparavant, j'étais constipée. En ce sens, il m'a fait du bien. Je crains quand même. Il m'a souvent menacée de mort. Le lendemain, il dit que c'est pour rire. Avenue de Fontainebleau, il m'a fait tomber.

Pendant toute cette conversation, la parole à voix haute garde ses mêmes caractères de rapidité et de véhémence. A chaque fin de phrase, à chaque arrêt, lorsque la malade reprend son souffle, sur son inspiration énergique, se greffe une ébauche d'articulation que prolonge une parole chuchotée plus parfaitement et en expiration comme il est normal.

Lorsqu'on essaye de saisir le sens de cette parole chuchotée, on distingue peu de chose, des mots ou des phrases courtes stéréotypés : on va t'enfermer, par exemple. Le mot « naturellement » paraît revenir avec une particulière fréquence.

Lorsqu'on demande à la malade de répéter à haute voix les propos que la voix vient d'émettre, elle paraît embarrassée et fait part de quelques mots banals, ou de quelques paroles stéréotypées : qu'on va l'enfermer, ou, au contraire, qu'elle ne va pas rester ici.

Cette pauvreté verbale et idéique s'oppose à la richesse du délire, alimenté pour une très grande part, sans doute, par des interprétations extensives, mais pour une part non négligeable cependant, par les propos du persécuteur.

La malade convient que, quand elle parle à voix haute, son persécuteur ne peut la suggestionner et qu'alors elle n'entend rien.

En résumé, il s'agit d'une femme de 52 ans, ayant des antécédents palustres, ménopausée depuis 3 ans, qui présente depuis plus de 15 mois un tableau de psychose hallucinatoire chronique à forme de délire d'influence ; chez cette malade, le processus hallucinatoire auditivo-moteur verbal affecte une allure très spéciale ; il n'a lieu que pendant les arrêts de la parole à voix haute, débute dès qu'elle cesse, et prend son origine dans le courant d'air inspiratoire que l'articulation s'efforce d'informer, pour se développer ensuite normalement en expiration.

L'attitude mentale auditive est très nette. Non seulement la malade déclare formellement qu'elle entend, mais elle croit

reconnaître le timbre de la voix ; par moments, elle va jusqu'à la négation du monologue ; mais à d'autres, elle reconnaît qu'elle chuchote, ou plutôt que son persécuteur parle en elle, qu'il la tient « là, derrière le cou ». Et, pour l'auditivité de la voix, l'intensité reste faible, « feutrée » et la localisation lointaine. Enfin, l'hallucination n'apparaît que lorsque la parole normale cesse (phénomène de Stricker-Séglas) (1). Malgré son attitude réceptive, la malade « parle » ses hallucinations. Et l'écho sonore de cette parole, s'il existe, est bien faible. Il s'agirait, tout au plus, selon la terminologie consacrée par Séglas et ses élèves, d'hallucinations auditivo-motrices, et non d'hallucinations combinées.

Comme dans l'observation de Vallon que nous avons rappelée, la parole hallucinatoire fait suite à la parole normale. Ce qui est particulier dans notre cas, c'est l'absence de tout intervalle libre entre l'une et l'autre. La malade, essoufflée par sa parole abondante et rapide, reprend son souffle, et le début du processus hallucinatoire se greffe sur cette reprise. Malgré cette circonstance, pourtant remarquée confusément de la malade, qui compare la parole parasite à un soufflet de forge, le processus hallucinatoire n'a aucune tendance à devenir une « voix intérieure », et, bien qu' « inspirée », la voix reste localisée au loin.

Articuler sur l'inspiration, c'est jouer la difficulté. Une conséquence en est peut-être l'extrême pauvreté idéique et même verbale du processus, pour autant que nous en connaissons le contenu par ce que nous en avons pu saisir et par ce que la malade nous en a révélé. Il en est ainsi, pensons-nous, chez beaucoup de malades analogues ; si l'on procède à un examen objectif, fondé, non seulement sur leur récit, mais sur leur comportement, on trouve souvent beaucoup plus d'éréthisme moteur, plus ou moins symbolique, que d'impulsivité proprement idéique et verbale. Bien que le processus hallucinatoire apparaisse au premier plan, les aliments du délire sont ailleurs ; il faut les chercher dans les interprétations extensives, les intuitions et,

(1) Stricker prétendait qu'il est impossible de penser *à la fois* deux mots différents à l'aide de deux images verbales motrices. Séglas s'appuie sur cette notion pour interpréter le cas des malades qui ne peuvent répondre en même temps qu'ils sentent parler intérieurement, ou qui parlent de n'importe quoi, à voix haute ou basse, pour ne pas converser avec les voix intérieures. Il voulait prouver ainsi que les paroles parasites provenaient bien de la mobilisation des images motrices verbales. Par phénomène de Stricker-Séglas, nous désignons résumativement l'exclusion réciproque de la parole normale et de la parole hallucinatoire. Cf. Séglas, *Les Troubles du Langage chez les aliénés*, 1892, p. 131.

au point de vue verbal, dans les pseudo-hallucinations verbales, moins encore auditives, motrices, ou auditivo-motrices qu'aperceptives. Nous nous expliquerons sur ce point qui ne touche pas directement à notre exposé dans un autre travail. Nous nous contentons, pour prévenir des objections, de préciser que, pour nous, ces processus divers, idéiques, verbaux et moteurs, constituent un comportement un, dont l'observation et l'analyse ne nous donnent que des fragments dissociés.

Il est encore une circonstance qui favorise l'apparition du processus hallucinatoire immédiatement après la parole normale, outre l'impossibilité d'articuler à la fois à voix haute et à voix basse. La parole normale et à voix haute est une activité orientée et adaptée, qui nécessite une certaine tension et qui maintient cette tension élevée ; lorsque la parole est facile, ou, ce qui revient au même, lorsque la pensée est facile à exprimer, le cours des pensées et le cours des paroles sont si étroitement adéquats qu'il peut sembler. que la parole nous révèle notre pensée naissante et en incessante progression ; les pauses du discours sont ainsi des pauses de l'activité mentale. Si l'on accepte ces vues, on comprend que le processus hallucinatoire surgisse si immédiatement après la parole normale, profitant pour s'insinuer dans le comportement d'un brusque et temporaire abaissement de la tension nerveuse.

Telles sont, croyons-nous, les réflexions que peut suggérer le processus curieux que nous avons décrit. Nous y attachons moins d'importance qu'à sa description même. En cette matière, en effet, nous pensons que des progrès ne se feront que pour autant qu'on apportera des observations confrontant le récit des sujets avec leur comportement.

M. Henri Ey. — Les remarques de M. Lagache sont très intéressantes. Et la succession des modifications de la respiration et du langage est actuellement telle qu'il la décrit. Mais ce phénomène n'est pas à la base même du trouble. Cette femme, d'après ce qu'elle m'a dit hier, semble avoir commencé par avoir des sensations génitales de possession. Elle a des hallucinations psycho-motrices telles que les a décrites et si bien expliquées Séglas. Délire de persécution type Lasègue et délire d'influence ne doivent pas être confondus. Cette malade est plus influencée que persécutée. Son cas, au point de vue pathogénie, est justiciable de la magistrale conception de Séglas.

M. D. Lagache. — Chez cette femme, l'éréthisme moteur déborde les courants idéatifs. Les interprétations ne sont en effet que surajoutées à l'incitation motrice.

Délire d'explication prédémentiel, par M. Paul COURBON.

Cette malade est intéressante parce qu'après avoir toujours vécu en liberté sans incident, malgré un état de désadaptation sociale qui remonte à plusieurs années, elle vient d'être internée à la suite de réactions de persécutée ne datant que de quelques mois et localisées contre son propriétaire. C'est uniquement sur la nature de ce délire de persécution que je désire attirer l'attention.

Elle est âgée de 36 ans. Fille de paysans de la Drôme, on ne sait rien de ses antécédents. Mais elle fut capable de recevoir une instruction assez bonne, car ses lettres sont d'un style et d'une orthographe surprenant pour sa misérable condition.

A 18 ans, elle quitta son pays et dès lors gagna sa vie dans diverses villes de province ou à Paris qu'elle habite depuis l'âge de 23 ans. Elle fut d'abord domestique dans des familles bourgeoises, puis bonne de restaurant, puis couturière.

Sa mémoire et ses explications sont peu précises. Elle ne resta jamais que quelques mois dans chacune de ses places. Elle eut beaucoup d'aventures galantes qu'elle avoue sans honte ni fierté et qui lui valurent un enfant mort à quelques jours en 1917, une ovariotomie double en 1918, la syphilis en 1920 et plusieurs blennorrhagies. Elle cite plusieurs maisons de couture où elle fut employée à Paris ; elle se plaça comme infirmière dans plusieurs maisons de santé parisiennes ; enfin — et c'est là le métier qu'elle préfère — elle fut mannequin dans des écoles de coiffure où les élèves s'exerçaient à lui couper et lui friser les cheveux.

De partout on la congédia en quelques semaines avec de bonnes paroles, sous des prétextes divers : « On n'avait plus de travail, d'anciennes ouvrières étaient revenues. Le magasin exigeait une couture plus minutieuse que la sienne. Elle ne faisait pas l'affaire pour le moment. » Jamais de discussion, ni de récrimination.

La malade expose cela avec calme, ne voyant aucune malveillance dans ces perpétuels renvois. De même qu'elle ne voit aucune bienveillance exceptionnelle dans la générosité d'amants de rencontre. Elle vivait misérablement, mais sans en souffrir. Ses gains étaient de 4 fr. l'heure, soit à la couture, soit à l'école de coiffure. Mais les heures lucratives étaient rares, car, par périodes, ses cheveux devenaient inutilisables sous les coups de ciseaux et de fer d'apprentis maladroits. Cependant, elle n'interpréta jamais ces maladresses dans le sens de la persécution.

A signaler également que, de 1929 à 1931, elle vécut en dortoir pour 25 francs par semaine dans un hôtel de la rue Bouchardon et que, depuis mai 1931 jusqu'en juin 1932, elle vécut en parfaite

intelligence avec son propriétaire actuel, ainsi que l'avoue celui-ci. Elle y occupait une chambre au prix convenu de 35 fr. la semaine.

C'est depuis cette époque que règne la discorde. On lui retira sa carte de chômeuse à ce moment parce qu'on lui offrit du travail. Mais, malheureusement, l'obligation où elle était de se faire soigner quotidiennement une blennorrhagie à l'hôpital lui fit perdre ce travail. Et elle ne put plus verser les 25 fr. hebdomadaires qu'elle versait au propriétaire étant chômeuse.

Il était déjà mécontent, explique-t-elle, de ne toucher que 25 fr. au lieu de 35 fr. Il fut furieux de ne plus rien toucher. Et il voulut se débarrasser d'elle à tout prix. Elle résista.

Il ne lui remettait ses lettres qu'après plusieurs jours de retard. Il lui enlevait une couverture de lit ou y mettait du poil à gratter. Il coupait la corde sur laquelle elle avait mis sécher du linge en partant et qu'elle trouvait sale par terre quand elle rentrait. Il renversait le café et le riz de son armoire. Il lui ôtait le verrou.

Il ne pouvait pas la rencontrer sans l'injurier et sans lui dire : « Me payez-vous ou partez-vous ? » Il la traitait d'ivrognesse et de débile mentale pour la faire enfermer. Il la montrait aux autres locataires en lui reprochant de faire la retape. Un jour qu'il la rencontra chez un bistrot où elle buvait un café, il s'indigna avec ces mots : « Elle s'en fout plein la lampe au lieu de me payer ! » Une autre fois, comme elle lui avait répondu à la façon de Cambronne, alors qu'il lui réclamait son loyer, il risposta par deux coups de pied. Mais comme elle n'avait pas de témoin, elle ne put se servir contre lui du certificat médical qu'elle se fit délivrer.

Il lui supprima l'électricité. Elle déposa une plainte écrite au Commissariat et le lendemain l'électricité était rétablie. Dans le courant de décembre, elle écrivit trois autres lettres pour dénoncer les actes du propriétaire. « Vous feriez mieux de déménager si vous ne payez pas, lui dirent les agents. Ça vous fera des histoires. »

Finalement, lors d'une dernière visite pour se plaindre au commissariat, on la garda et l'interna.

A l'asile, la malade est ambivalente. Elle ne se plaint de rien, ne réclame rien, s'occupe régulièrement à la couture.

En somme, il s'agit d'une femme dont la désagrégation intellectuelle est certaine. Elle mène depuis des années une vie misérable et honteuse dont elle ne souffre pas. Elle n'a pas d'inquiétude sur l'avenir. Sa mémoire et son jugement sont obtus. Si l'on rapproche ces différents caractères psychologiques de la correction de son style et de son orthographe, la conclusion s'impose qu'elle est déchue et que, par conseéquent, son niveau mental est diminué par rapport à ce qu'il fut jadis.

On ne discutera pas ici, malgré tout l'intérêt qu'il y aurait à

le faire, la nature de cet affaiblissement. On ne considérera que les réactions de persécutée qui furent le prétexte de l'internement.

Remarquons, d'abord, que les plaintes de cette femme sont limitées à son logeur ; ensuite, que tous les faits qu'elle lui reproche sont vraisemblables. Les gestes, les propos, les attitudes qu'elle lui prête sont les gestes, les propos, les attitudes naturelles à un logeur de cette catégorie sociale, légitimement désireux de se débarrasser d'une locataire indésirable. Si bien que l'on se demande si l'on peut qualifier de délirante l'affirmation que cette femme donne de l'hostilité de son propriétaire envers elle.

Le terme de faux délire que j'ai proposé déjà (*Annales médico-psychologiques,* 1928, t. 2, p. 231), ne conviendrait-il pas mieux pour désigner les plaintes des malades quand elles ne sont que l'expression de faits exacts ? C'est le cas des hypomaniaques qui semblent avoir un délire de persécution en racontant les procédés coercitifs légitimement employés par leur entourage contre leurs extravagances. C'est le cas des ivrognes invétérés et de tous les déchus qui semblent avoir eux aussi un délire de persécution quand ils racontent les témoignages de mépris qu'ils reçoivent de la part de voisins vertueux, écœurés de leur déchéance. C'est le cas de notre malade déchue elle-même, et effectivement l'objet de la répulsion de son logeur.

Mais ce terme de faux délire n'est pas beau. Il est de plus criticable, car, pour fondées que soient les plaintes du malade, son jugement est défaillant quand il ne voit pas la cause de l'hostilité réelle de celui dont il se plaint. Il y a donc délire véritablement. Mais ce délire doit être distingué du délire ordinaire de persécution. C'est un délire qui *provient, non pas d'une interprétation affective, mais d'une explication erronée.*

Comme je me suis efforcé de l'établir dans une autre communication (Courbon et Rondepierre, Délire d'explication, *Soc. clinique de médecine mentale,* juin 1928), le délire basé sur des faits réels peut résulter de deux mécanismes différents : l'*interprétation* que tout le monde connaît bien, et l'*explication.* Interprétation et explication partent l'une et l'autre de faits réels et non de faits inventés, ni de troubles psychosensoriels. L'une et l'autre aboutissent à une idée de persécution.

Mais l'*interprétation* est un mécanisme mental pathologique en soi, qui résulte de l'hyperesthésie et de l'égocentrisme du sujet. Celui-ci, préalablement à toute expérience, est foncièrement orgueilleux et méfiant ; sa personnalité est constitution-

nellement si hypertrophiée que tout déterminisme d'un événement quelconque lui paraît passer par elle.

L'*explication* est un mécanisme mental non-pathologique en soi, et n'est que l'application du principe de causalité inhérent à la pensée humaine. Tous les hommes ne croient pas être le centre du monde. Ils ne sont pas tous susceptibles et méfiants. Mais tous veulent expliquer ce qu'ils constatent. Et presque tous trouvent une explication aux faits, avant même de les avoir complètement observés. Ils commettent ainsi des erreurs par leur précipitation à appliquer ce principe de causalité. Les délires des maniaques, des déchus et le délire de cette malade se rapprochent plus de l'erreur de l'homme normal qui a jugé trop vite que de la conviction du persécuté qui se susceptibilise de tout sans raison.

M. MARCHAND. — Pourquoi traiter de démente une femme qui exprime ses griefs avec tant de cohérence, dont la mise est si correcte ? Le diagnostic de débilité mentale suffirait à expliquer les anomalies de sa conduite.

M. DEMAY. — Cette femme, en somme, est une prostituée. Elle est déchue, mais cela n'implique pas forcément un déficit acquis. La plupart des prostituées ont les mêmes troubles de l'affectivité et de la conduite sans être des démentes.

M. COURBON. — J'ai employé l'épithète prédémentiel, estimant avec Kræpelin que pour indiquer une chute, même minime, du niveau mental d'un sujet, le meilleur mot du vocabulaire psychiatrique était celui de démence. A démence faut-il préférer schizophrénie ? Incontestablement, cette femme est une débile, et son état mental est celui des prostituées de bas-étage. Son adaptation à la vie sociale ne semble jamais avoir été bien grande, mais elle lui avait permis jusque-là de gagner de quoi payer son logeur. J'avoue, néanmoins, que pour prouver irréfutablement la réalité de la chute de son niveau, il me faudrait sur son passé des renseignements que je n'ai pas. Mes autres arguments sont le contraste entre la correction de son style et de son orthographe que je considère comme une épave, et la misère de la condition dont elle se contente, misère que je considère comme la preuve des pertes du naufrage de son psychisme.

Ce que je voulais mettre en évidence chez elle, c'est le mécanisme de l'explication dans la genèse de son délire. J'ai négligé intentionnellement de préciser la nature du fonds mental, pour ne pas disperser l'attention des auditeurs.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'épilepsie traumatique, par MM. L. Marchand et H. Courtois.

Les observations d'épilepsie traumatique, suivies d'un examen anatomo-pathologique, ne sont pas très fréquentes. Le cas suivant, qui remplit les conditions d'une véritable expérience physiopathologique, nous paraît présenter un certain intérêt.

Mlle H. Nelly, 26 ans, entre l'hôpital Henri-Rousselle pour la 3e fois, le 24 mars 1931. Elle a déjà été traitée dans le service en 1923, puis en 1927.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique. Un frère a eu des convulsions.

Antécédents personnels : Développement initial normal. Pas de convulsions infantiles.

A 6 ans, H. N. a reçu sur la tête un violent coup de râteau, qui détermina une plaie pénétrante de la région frontale droite. Elle a été soignée pour ce traumatisme pendant 6 mois. Depuis, elle a toujours eu un caractère « nerveux et violent ». Elle était devenue irritable, impulsive, coléreuse. D'un esprit lent, elle acquit difficilement les notions scolaires usuelles et ne put obtenir le certificat d'études. Elle fut réglée normalement à partir de l'âge de 13 ans.

Premières crises épileptiques à 17 ans et attribuées à une émotion (chute du premier étage à travers une véranda dans un camion qui passait). Crises classiques diurnes et nocturnes, avec morsure de la langue, miction involontaire, suivies de confusion mentale et d'amnésie. Accès fréquents et ayant tendance à se grouper au moment des règles (5 à 7 crises consécutives).

Quelquefois, les phénomènes confusionnels post-paroxystiques sont durables ; ils s'accompagnent d'actes automatiques (une fois défénestration suivie d'amnésie), et surtout de réactions violentes avec idées de persécution, craintes d'empoisonnement, coups à l'entourage. Un accès délirant plus long rend l'internement nécessaire en 1927. En dehors des accès convulsifs, la malade reste difficile, très irritable, impulsive, avec tendance aux interprétations délirantes. Son activité utile est très réduite.

Les examens humoraux (sang et liquide céphalo-rachidien), pratiqués à plusieurs reprises, donnent des résultats normaux.

Quand la malade entre à l'Hôpital Henri-Rousselle, pour la 3e fois, elle est depuis plusieurs heures en état de mal. Température 41°6. La malade est devenue obèse. D'après les renseignements, l'augmentation de poids est récente.

Un traitement au gardénal et au somnifène intraveineux interrompt les accès, mais le décès survient cependant le lendemain au matin, 7 heures après l'entrée. Température terminale, 41°.

Autopsie le 26 mars.

Examen macroscopique

Encéphale : Après avoir détaché le cuir chevelu de la calotte cranienne, on note une perforation de la boîte osseuse, de forme arrondie, de 5 millimètres de diamètre, située au niveau de la région frontale droite, à 3 cm. de la ligne médiane. Cette perte de substance osseuse n'était pas apparente à la face externe recouverte des téguments.

Au niveau de cette lésion osseuse, adhérence de la dure-mère. Après avoir extrait le cerveau de la boîte cranienne, on remarque sous la lésion osseuse, au niveau des circonvolutions, une perte de substance irrégulièrement arrondie, ayant en moyenne 1 cm. de largeur. Cette lésion est située exactement au niveau du sillon séparant la première de la deuxième circonvolution frontale, à 3 cm. du pôle droit. Sur les coupes, on note la présence d'un pseudo-kyste sous-méningé à parois irrégulières intéressant la substance grise corticale et la substance blanche sous-corticale, sur une profondeur de un centimètre et demi, la perte de substance allant en diminuant de la périphérie vers l'intérieur. On ne note pas d'autres lésions ; les ventricules latéraux sont légèrement dilatés. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Pas d'athérome. L'hémisphère droit pèse 670 gr., le gauche est du même poids, le cervelet et le bulbe : 190 grammes.

Organes. Poumons : Légère congestion des deux poumons ; le droit pèse 570 gr., le gauche 500 gr. *Cœur:* 280 gr. Pas de lésions orificielles. *Foie :* 1.300 gr., normal. *Reins :* le droit pèse 140 gr. ; le gauche 100 gr. *Rate :* 140 gr. *Thyroïde :* 42 gr. *Ovaires :* normaux ; l'un d'eux présente un petit kyste.

Examen histologique

Système nerveux : Au niveau de la lésion traumatique, pseudo-kyste intéressant le cortex et la région sous-corticale. La perte de substance a une disposition en entonnoir à embouchure externe. Les parois sont recouvertes d'un tissu méningé très lâche, très vascularisé, adhérent. Elles sont formées d'une couche névroglique cicatricielle d'un millimètre d'épaisseur. Sous cette couche, la substance blanche sous-corticale est encore bien myélinisée. La couche névroglique est constituée par un feutrage de fibrilles avec cellules névrogliques à noyaux allongés comme des fibroblastes. Par endroits, le tissu névroglique est creusé de vacuoles contenant une matière granuleuse amorphe. Au pourtour du tissu cicatriciel, de nombreuses cellules pyramidales sont calcifiées, ainsi que certaines parois des capillaires. Les artérioles ont leur tunique musculaire très hypertrophiée.

La couche corticale, située autour du pseudo kyste, est parcourue par un réseau fin de capillaires ; sclérose névroglique diffuse, avec épaississements fibroblastiques de l'adventice des vaisseaux.

Dans les autres régions corticales, aussi bien de l'hémisphère droit que de l'hémisphère gauche, on note les lésions suivantes :

Méningite chronique adhésive, pie-mère épaissie. Par places nodules fibreux situés entre le tissu collagène méningé et le cortex.

Lésions cellulaires très accusées. Les noyaux restent colorés par la méthode de Nissl, tandis que le cytoplasma cellulaire est granuleux. Disparition des granulations chromophiles, nombreuses cellules sont en voie d'atrophie aiguë. Quelques figures de satellitose dans la dernière couche corticale.

Les vaisseaux du cortex présentent peu de lésions. Par contre, les vaisseaux de la substance blanche sous-corticale sont atteints de périvascularite accusée, surtout les capillaires, qui sont bordés d'une ou plusieurs couches de cellules rondes mononucléées. Autour des veinules et artérioles, épaississements fibreux de l'adventice et nodules scléreux épars.

Cervelet : Lésions des cellules de Purkinje, qui prennent une coloration pâle au Nissl ; disparition de leurs granulations. Pas d'autres altérations.

Pédoncules et bulbe : Pas de lésions notables. Les cellules des noyaux des nerfs craniens sont peu altérées.

Hypophyse : Sclérose diffuse. Congestion intense.

Organes. Reins : Légère sclérose diffuse. Congestion.

Foie : Pas de lésions.

Rate : Aspect normal.

Ovaires : Nombreux follicules. Pas de lésions en dehors de la région kystique.

Thyroïde : Le tissu glandulaire est représenté par des vésicules dilatées renfermant de la substance colloïde à affinité tinctoriale normale. L'épithélium des acini, très distendu, est aplati et parfois desquamé. On ne note aucune vésicule au repos. Les travées conjonctives situées entre les acini sont épaissies et renferment par endroits des amas de cellules mononucléées. Pas de lésions vasculaires.

Dans cette observation, plusieurs points sont à relever :

Le traumatisme grave intéressant la région frontale gauche du cerveau a eu lieu à l'âge de 6 ans. Ce n'est que 11 ans plus tard qu'apparut la première crise épileptique généralisée. Cette longue période de latence est bien connue et la guerre en a fourni de nombreux exemples. Le traumatisme cérébral, à ce point de vue, peut être comparé aux encéphalopathies du jeune âge qui se traduisent si fréquemment par des convulsions infantiles et longtemps après par des accès épileptiques considérés comme essentiels.

Notre malade, après son traumatisme cranio-cérébral, a présenté des troubles du caractère semblables à ceux que l'on note

chez certains épileptiques idiopathiques. Dans une observation antérieure rapportée avec Masquin (1), nous avions signalé le même fait. Cette seule constatation montre combien il faut être prudent quand on tente de se baser sur ces troubles pour en déduire qu'il existe une constitution épileptique. Les troubles du caractère et les états impulsifs peuvent exister sans épilepsie, et l'épilepsie peut se manifester sans troubles du caractère. Ces deux sortes de manifestations pathologiques ne sont pas liées l'une à l'autre, mais dépendent l'une et l'autre d'un état organique cérébral. Dans le cas actuel, au pseudo-kyste cortical, lésion localisée, s'associe une méningite chronique diffuse adhésive dont on doit tenir compte dans la pathogénie des troubles de l'humeur.

Notre sujet, tout en étant atteint d'une lésion traumatique circonscrite, présentait des crises convulsives généralisées, des accès de confusion mentale post-paroxystique et mourut au cours d'un état de mal. Ces diverses manifestations indiquent qu'il n'y a aucune différence essentielle symptomatologique entre l'épilepsie traumatique et l'épilepsie dite idiopathique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous insisterons sur ce fait qu'outre les lésions scléreuses localisées, séquelles du traumatisme du jeune âge, outre les lésions diffuses de méningite chronique, il existe dans notre cas un processus inflammatoire diffus. Ces lésions vasculaires en activité montrent combien les cerveaux soumis à d'anciens traumatismes restent fragilisés et aptes à réagir par des lésions vasculaires aux causes les plus diverses.

Notons enfin la thyroïdite subaiguë dont était atteinte notre malade sans pouvoir interpréter le rôle qu'elle a pu jouer dans le déclanchement de l'état de mal et dans l'obésité d'apparition récente.

Troubles démentiels dans un cas d'hydro-syringomyélie,

par MM. X. Abély, Couléon et Trillot.

Mme I., dont nous présentons l'*observation,* était âgée de 45 ans au moment de son internement. Son mari était mort de tuberculose, une fille était morte de méningite tuberculeuse à 2 ans, un fils de 18 ans était en traitement dans un sanatorium ; la malade elle-même était atteinte d'une tuberculose pulmonaire évidente, antérieure aux

(1) L. Marchand, A. Courtois et Masquin. — Epilepsie traumatique. Confusion mentale aiguë terminale par encéphalite au cours d'une pneumopathie aiguë. *Soc. clin. de Méd. ment.,* 15 décembre 1930.

troubles mentaux. Les signes psychiques avaient débuté assez brusquement, mais évoluaient peut-être depuis quelque temps déjà. Au moment de son entrée, les troubles mentaux se présentaient sous la forme d'un état maniaque. Les certificats des Docteurs Heuyer, Marie, Trénel, notent tous l'excitation psychique, l'agitation motrice, la loquacité, les chants, l'irritabilité, avec bris d'objets à domicile, de vagues idées mystiques et de l'insomnie. Ces aliénistes particulièrement qualifiés ne signalaient pas l'existence de signes neurologiques ou indiquaient formellement leur absence.

L'excitation psycho-motrice persistait sous une forme atténuée. De plus, un affaiblissement intellectuel s'établissait progressivement, en même temps que des troubles neurologiques commençaient à apparaître.

Trois ans après, cette malade présentait, au point de vue psychique, un état démentiel avec excitation, et au point de vue neurologique, un syndrome complexe sensitivo-moteur très accusé.

A ce moment, la désorientation est complète. Les troubles amnésiques sont très marqués. L'amnésie rétrograde s'étend fort loin dans le passé. L'amnésie de fixation est très nette : elle s'accompagne de fausses reconnaissances et aussi de récits imaginaires variables, peu cohérents, qui s'apparentent à la fabulation. L'attention est très difficile à fixer : la malade présente une loquacité assez stéréotypée qu'il est le plus souvent impossible de freiner. Le jugement, l'autocritique, sont profondément troublés. Mme I. exprime, en outre, des idées délirantes absurdes, de type mégalo-maniaque, érotique, mystique : « Je vais me marier avec un grand docteur qui va me donner beaucoup de bijoux. Je ne crains rien, je suis la protégée du bon Dieu, il m'a donné une force de caractère à résister à tout le monde, je suis la femme la plus effrontée de la terre. » Elle répète inlassablement ces phrases, variant peu dans leur expression. Elle s'exprime souvent en termes grossiers, avec une évidente satisfaction : merde, vache, enculé, reviennent le plus fréquemment. Mme I. semble ne présenter aucune hallucination. Elle a quelques rares mouvements de colère, le plus souvent elle a une euphorie imperturbable : « Je suis très heureuse ici, je rigole toute seule, je ne suis jamais malade, je ne souffre de nulle part. Son affectivité est profondément déficiente ; elle est totalement indifférente à l'égard de ses enfants, dont l'un est très malade. De son agitation première on trouve encore des traces dans sa loquacité, dans sa mimique expressive, dans ses mouvements incessants.

En somme, au point de vue psychique, on observe chez cette femme un état mental qui rappelle à la fois une démence paralytique et un syndrome de Korsakoff (avec affaiblissement intellectuel plus marqué).

Au point de vue physique, l'*état général* est très touché ; l'amaigrissement est considérable. L'auscultation décèle une tuberculose

pulmonaire bilatérale : à droite de gros signes cavitaires, à gauche de la submatité, une respiration rude et soufflante, des râles. La dyspnée est marquée, la toux est très fréquente. Le foie déborde les fausses côtes. Le cœur est rapide, le pouls est faible, la température est souvent élevée.

Les *troubles neurologiques* sont très accentués : la parole est scandée et explosive ; il y a de la dysarthrie, des achoppements, il n'y a pas de trouble des réflexes pupillaires, mais on constate un léger nystagmus surtout à gauche, il n'y a pas de tremblement de la langue, au niveau des mains on constate un tremblement peu accentué que ne modifient pas les mouvements. Aux membres supérieurs, on observe une exagération des réflexes tendineux, il y a de l'atrophie marquée, surtout au niveau des éminences thénar. Aux membres inférieurs, on note aussi de l'atrophie musculaire et une forte exagération des réflexes rotuliens et achilléens, surtout à droite. Il y a de la trépidation épileptoïde plus marquée à droite. Le signe de Babinsky est bi-latéral. La marche est à peu près impossible, les jambes en forte extension sont écartées, la pointe des pieds frotte le sol, le tronc est penché en arrière. La malade titube et tend à tomber à la renverse. Il y a en somme une paraplégie spasmodique évidente. Au niveau de l'abdomen, les grands droits sont atrophiés et l'on constate une sorte d'éventration.

Le réflexe cutané abdominal est aboli. Les troubles de la sensibilité sont extrêmement marqués. En raison des troubles mentaux, il est impossible d'en faire un examen systématique et topographique. Mais tous les modes de sensibilité paraissent touchés.

En dehors de l'atrophie musculaire, il n'y a pas de troubles trophiques. Il n'y a pas non plus de paralysie des sphincters.

Les *examens humoraux* sont négatifs :

Dans le sang, Wassermann et Hech négatifs.

Dans le liquide céphalo-rachidien, Wassermann et Meinicke négatifs. Albumine : 0,32. Globulines : 0. Leucocytes : 1. Benjoin : 00000. 02110.00000.

En somme, nous sommes en présence d'un syndrome neurologique complexe, qui, par quelques points, rappelle la sclérose en plaques, mais qui se rapproche davantage de la syringomyélie.

La malade est morte, par suite des progrès de sa tuberculose pulmonaire, 3 ans et demi après son internement.

Autopsie : Les poumons, surtout le droit, sont le siège d'une tuberculose cavitaire. Les cavités cardiaques droites sont dilatées. Le foie présente à la coupe l'aspect de foie muscade.

Du côté de l'encéphale, on ne constate qu'un peu de congestion. Il n'y a pas de dilatation des ventricules latéraux. Mais la moelle est déformée. La moelle cervicale est dilatée, fragile, et déchiquetée au point de ne pouvoir être utilisée histologiquement.

Examen histologique: (Coloration de Nissl-Mann-Giemsa, hématéine, éosine).

Les poumons sont le siège de nombreux tubercules. Le foie présente des zones hémorragiques péri-sus-hépatiques et des foyers de dégé-



FIG. 1. — *Moelle dorsale.* Cavité avec son revêtement épendymaire. Autour, cellules de l'épendyme proliférées. Coloration de Giemsa (microphoto).

nérescences graisseuses. Au niveau des reins, on observe de l'œdème des tubes secréteurs, dont la lumière est souvent rétrécie ; les parois vasculaires sont épaissies et l'on voit de nombreuses petites hémorragies. La rate présente surtout de la sclérose vasculaire.

Au niveau du cerveau, les lésions corticales consistent surtout en chromatolyse des cellules petites et grandes pyramidales et en prolifération de la microglie. Ces lésions sont généralisées ; on les observe

surtout aux lobes frontal et occipital. On ne constate rien d'anormal du côté des vaisseaux et des méninges.

Au niveau de la moelle, enfin, les lésions sont très importantes. On

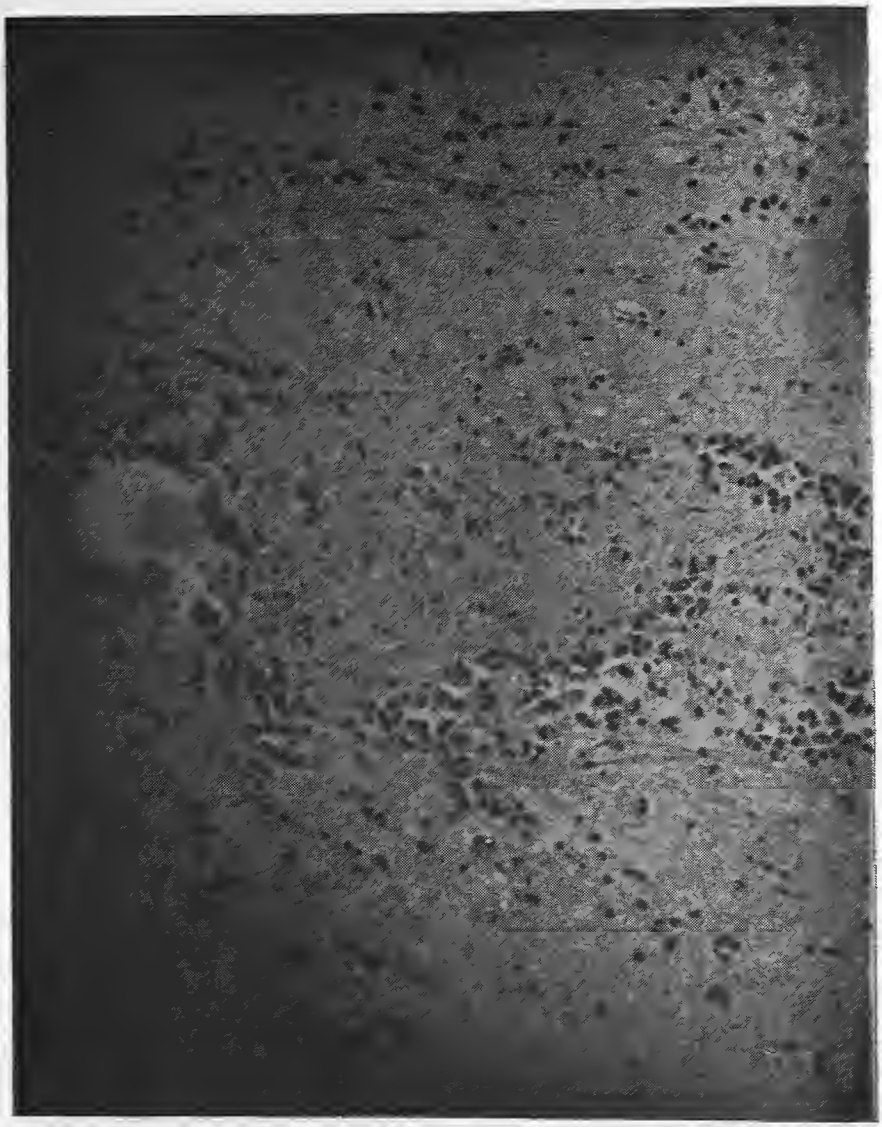


FIG. 2. — Angle gauche de la préparation. Uu canal épendymaire accessoire et prolifération épendymaire intense. *Moelle lombaire.* Microphoto (Hématéine-éosine).

constate tout d'abord, sur toute la longueur de la moelle, la surcharge pigmentaire des cellules radiculaires antérieures et la sclérose des parois capillaires.

Mais la lésion principale siège au niveau du canal épendymaire.

A la moelle dorsale, on observe une cavité triangulaire du type hydromyélique, située au centre de la commissure grise, poussant un long prolongement vers le septum médian postérieur. Cette cavité

est bordée sur tout son pourtour de cellules épendymaires ; une prolifération épendymaire intense s'étend assez loin autour de la cavité.

Moelle lombaire. — La partie médiane de la commissure grise est occupée par une tumeur de forme triangulaire à sommet postérieur,

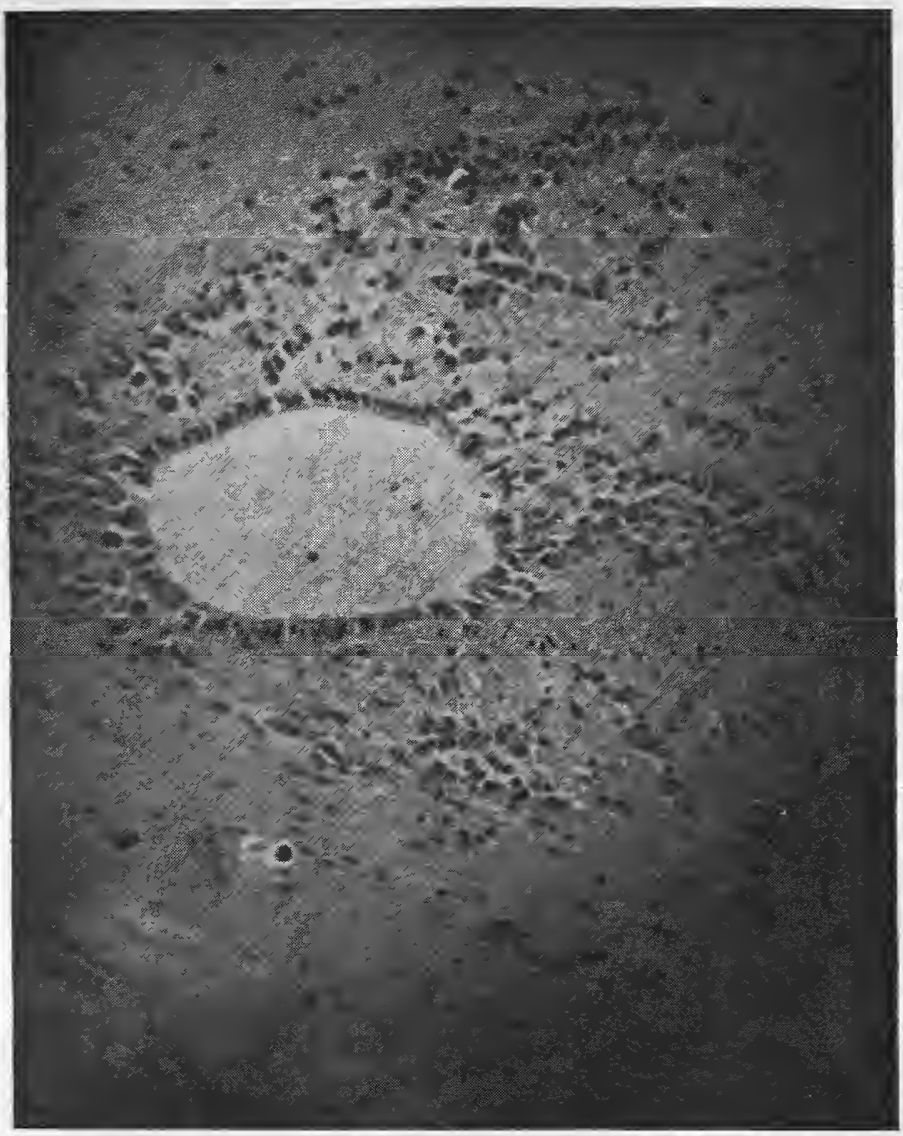


FIG. 3. — Même préparation. Angle droit avec un autre canal épendymaire accessoire.

se prolongeant vers le septum médian postérieur. On constate à ce niveau une prolifération épendymaire considérable. Le canal de l'épendyme a disparu. Mais il existe deux canaux bordés de cellules épendymaires situés dans les angles de la tumeur. Ce sont des canaux épendymaires accessoires, ou plus probablement les extrêmités latérales du canal épendymaire primitif, refoulé et dilaté par la tumeur.

A un niveau un peu plus inférieur, on observe seulement, toujours

au milieu de la commissure grise, et occupant la place du canal central, un amas arrondi de cellules épendymaires, entouré d'un anneau fibreux, et rappelant la « gliose centrale primitive » décrite par Schultze et Hoffmann.

Il est extrêmement vraisemblable qu'il y a une continuité dans l'espace et dans le temps entre ces lésions observées à des hauteurs médullaires diverses. Il ne s'agit pas, dans notre cas, d'une simple hydromyélie, comme on pourrait le croire au seul examen de la coupe dorsale, qui ne représente que la partie la plus évoluée. La lésion primitive consiste en une néo-formation, développée aux dépens de la paroi épendymaire, ainsi qu'on peut le voir à la région lombaire. Cette néo-formation s'est étendue à la fois dans le tissu nerveux et dans le canal épendymaire, qu'elle a refoulé et dilaté. Puis elle s'est désagrégée partiellement, surtout dans sa portion épendymaire, libérant finalement le canal primitif, considérablement élargi. Il s'agit ici d'une hydro-syringomyélie.

On peut se demander quelle est l'origine et la nature de cette lésion. On peut envisager l'hypothèse d'un gliome central ayant subi la fuite syringomyélique, ou bien d'une épendymite infectieuse, avec prolifération intense cellulaire et conjonctive. Nous pencherions plutôt vers cette interprétation et nous ne serions pas loin de croire qu'il s'agit peut-être là d'une épendymite tuberculeuse. Plusieurs auteurs (Anglade, Merle), ont montré que la tuberculose pouvait provoquer des hyperplasies périépendymaires, des pachyépendymites n'atteignant pas, il est vrai, l'intense prolifération constatée dans notre observation, qui représenterait plutôt une sorte de pseudo-syringomyélie bacillaire. Nous avons recherché la présence de bacilles de Kock, mais nous n'avons pu en découvrir. Cependant, on peut voir dans quelques-unes de nos préparations de petites formations arrondies, d'apparence caséeuse, entourées d'une rangée de petites cellules rappelant la cellule géante.

Il y a là d'intéressantes constatations au point de vue neurologique. Nous retiendrons plus particulièrement l'intérêt psychiatrique de notre observation :

Il faut rappeler, tout d'abord, que plusieurs auteurs ont signalé l'association de la paralysie générale et de la syringomyélie qui n'est parfois reconnue qu'à l'autopsie. (Magnan, Furstner et Zachnern, Koberlein, O'Carrol, Gianelli, Popow, Oppenheim, Galloway, Joffroy). Ces auteurs pensent qu'il s'agit là d'une coïncidence toute fortuite et d'ailleurs rare. A un examen rapide on aurait pu prendre notre malade pour une paralytique générale, diagnostic que les réactions humorales et le type des lésions seraient venus formellement infirmer.

La présence de troubles mentaux véritablement liés à la

syringomyélie paraît assez peu fréquente, les observations publiées sont en tous cas peu nombreuses. Nous citerons celles de Marie et Guillain, de Redlich, de Raviart, de Vullien, de Guiraud. Dans toutes ces observations, comme le fait remarquer Guiraud, « les troubles mentaux des syringomyéliques ont une physionomie univoque ». Ce sont le plus souvent des délires hallucinatoires avec idées de persécution et d'influence et réactions anxieuses. Marie et Guillain estiment que ces troubles psychiques ne se rencontrent qu'à une période avancée et même terminale de l'affection médullaire. Pour les divers auteurs cités, l'interprétation en est très difficile : pour les uns, ils seraient le résultat direct de l'extension au cerveau du processus syringomyélique ; pour d'autres, ils seraient dus à des produits toxiques développés au niveau de la lésion néoplasique médullaire, surtout à la période terminale. Ces constatations ne sauraient s'appliquer à notre observation ; les signes psychiques y sont apparu antérieurement aux signes neurologiques ; le tableau clinique est, d'autre part, fort différent, rappelant plutôt un syndrome de Korsakoff à évolution démentielle. Chez notre malade, dont la tuberculose était déjà avancée au moment de l'apparition des signes mentaux, on peut émettre l'hypothèse de l'origine bacillaire des lésions cérébrales et des troubles psychiques. Les lésions rappellent celles des intoxications lentes et prolongées. Les signes mentaux s'apparentent aux syndromes de Korsakoff que l'on observe parfois chez des tuberculeux atteints de polynévrites. En somme, lésions et symptômes, tant médullaires que cérébraux, pourraient être rattachés à la même étiologie bacillaire dont l'action aurait été concomitante ou successive.

Dans quelle mesure peut-on dire que les néologismes des aliénés concernent des mécanismes et des réalités objectives, tandis que les métaphores sont tournées plus particulièrement vers la connaissance des états affectifs ? par M. P. COURBON.

En réponse à la question ci-dessus posée à l'avant-dernière séance par M. Georges Dumas, j'ai amené, dans l'espoir qu'il l'interrogerait lui-même, une démente paranoïde de 60 ans, internée depuis 20 ans, dont le langage est émaillé de néologismes et dont l'exubérance se prête assez bien à l'examen. Je regrette beaucoup l'absence de notre président, car j'ai conscience de mon impuissance à pénétrer la pensée cachée sous les paroles de tels malades et je sens à la fois, d'une part, tout

l'arbitraire normomorphique de l'interprétation que j'arrive parfois à donner à leurs paroles en les mutilant plus ou moins, d'autre part, toutes les possibilités d'interprétations différentes, mais aussi vraisemblables, que je pourrais leur trouver également.

Voici, par exemple, trois néologismes quotidiennement employés par cette femme, auxquels j'ai essayé de trouver une signification en notant les réponses qu'elle fit à mes demandes de précisions. Je les écris d'après l'orthographe qu'elle indique elle-même :

« 1° « Oye ». Ils me mettent 16 kilos d'oye dans le corps.

« L'oye, c'est des affaires de prostitution. C'est une affaire d'im-
« pureté qui fait du mal. Quand on la met dans le corps, ça vous
« casse.

« L'oye, ça ne doit pas être dans le dictionnaire, car c'est dans les
« enfers. C'est pas moi qui ai forgé le mot. J'ai appris ce mot parce
« qu'ils l'ont pensé et ils me parlent par la pensée. Ils m'ont dit :
« On lui a mis 16 kilos d'oye », et en même temps je recevais un
« coup douleur. Mais comme je suis de la race d'ar, je suis allée
« évacuer aux cabinets et ça m'a aussitôt soulagée.

« L'oye, c'est un coup, une souffrance. En me le mettant, ce coup,
« ils voudraient m'atteindre dans la prostitution, mais ça ne m'at-
« teint que dans la douleur.

« L'oye ça ne se pèse pas. Un coup n'a pas de poids ; mais c'est
« une multiplication de souffrance et le maximum, c'est 16 kilos.

« Je suis victime de coups douleurs par les invisibles. L'oye c'est
« de la prostitution. Il y a des chiens qu'on appelle des chiens d'oye.
« J'en ai vu un dans un livre. Il avait des yeux d'oye. C'est des yeux
« spéciaux qui sont hideux, qui sentent la prostitution. Ces affaires
« de prostitution se passent dans les enfers et on fait monter l'enfer
« pour m'attaquer. Je suis victime d'un invisible, victime de coups
« douleurs, et aussi de bêtes et de serpents qu'on me met dans le
« corps.

« 2° « Ar ». Je suis de la race d'ar, c'est-à-dire de la race d'enfan-
« tement. J'enfante par le devant. C'est grâce à cela que je peux sup-
« porter les oyes, car je vais évacuer aussitôt et ça me soulage.

« 3° « Dos ». La race de dos enfante comme les bêtes par le dos.
« C'est le cas de certaines malades comme Madame Morat. Cette race
« n'évacue pas ou n'évacue que par devant. Ça présente des avan-
« tages, parce qu'on n'est pas obligé de courir aux cabinets qui sont
« souvent encombrés, mais ça a de gros inconvénients, notamment
« celui de ne pas pouvoir être soulagé quand on reçoit des oyes. »

D'après ce qui précède, le néologisme « dos » semble bien avoir été pris dans la réalité objective. Mais je ne vois pas l'ori-

gine des deux autres : « ar » et « oye ». Pour moi, ils sont la preuve de ce que Charles Blondel appelle l'irréductibilité de la conscience morbide à la conscience normale.

M. Capgras. — Je crois, moi aussi, qu'il est très difficile de comprendre de tels malades et que nos hypothèses concernant leur langage sont incertaines. Quelquefois, c'est dans un sens métaphorique qu'ils emploient des néologismes. Ainsi, cette femme qui se plaint de recevoir des oyes dans le ventre emploie peut-être l'exclamation oï qui échappe à certaines gens devant une douleur : oh la la, oïa ?

M. Henri Ey. — Le langage d'une démente paranoïde aussi désagrégée paraît imperméable. On peut cependant lui trouver des ressemblances avec le langage des enfants qui, pour s'amuser, forgent des mots sans radical identifiable.

M. R. Mignot. — Pour répondre à la question posée par notre président, M. G. Dumas, j'ai revu quelques-unes de mes malades.

J'ai d'abord été frappé de la rareté relative des néologismes vrais. Ensuite, le problème m'est apparu difficile à résoudre à cause du manque de netteté de la terminologie psychiatrique et aussi à cause de l'imprécision qui règne dans l'esprit et dans les réponses de nos malades.

Que devons-nous entendre par néologisme ? Ce mot doit-il être pris strictement dans son acception éthymologique ou faut-il l'étendre aux termes déformés comme « envoûtage » et aux termes détournés de leur signification exacte ; par exemple, quand une malade dit qu'elle est « entôlée » pour exprimer l'idée qu'on influence ses pensées, fait-elle un néologisme ? Autrement dit, considérons-nous les paralogismes de Séglas comme des néologismes ?

Je croirais volontiers que les néologismes vrais désignent le plus souvent des mécanismes ou des objets et que les métaphores s'adressent surtout aux états affectifs.

Toutefois, il n'est pas toujours facile de distinguer le néologisme de la métaphore.

La malade qui dit qu'elle est médiumnisée fait une métaphore si elle se compare à un médium, mais ne fait-elle pas un néologisme si elle décrit par ce terme impropre des états affectifs sans aucune analogie avec la médiumnité ?

J'ai l'impression que beaucoup de termes métaphoriques en apparence sont de vrais néologismes parce qu'ils symbolisent des choses qui n'ont rien à voir avec la signification exacte de leur radical éthymologique.

Il m'a semblé également très difficile de reconnaître, dans bien des cas, si le malade indique, par son néologisme, un mécanisme, une réalité objective ou bien l'état affectif qui accompagne le phénomène. Je crois qu'il désigne souvent un ensemble complexe ; l'aliéné se soucie peu d'analyse et le même symbole verbal contient des éléments qui devraient être distingués par des termes différents.

Une de mes malades proteste parce que ses voix l'appellent « gane » (le mot désigne pour elle la femme qui se masturbe pendant les rapports sexuels), ce néologisme vrai désigne bien alors un mécanisme. Mais, quelques instants plus tard, elle se plaint aussi que la nuit on lui fait faire « gane » et à ce moment elle ne sépare pas — du moins d'après ses explications — le mécanisme de l'état affectif qui en est la conséquence.

La même malade utilise le mot « décalation » qui, d'après ses explications, signifie « être en démence », mais aussi « l'électricité qui influence le cerveau pour l'abêtir ». Dans ses discours, cette malade ne sépare donc pas la sensation de l'objet et décalation indique, à la fois, le procédé électrique et le sentiment d'infériorité acquise.

En terminant, je voudrais rappeler que Tanzi, cité par Séglas, range dans le 2e et 3e groupes de sa classification les néologismes qui ont trait à des états affectifs.

Le problème posé par notre président n'est donc pas résolu dans mon esprit et je désirerais que nous soyons fixés sur l'acceptation exacte du mot néologisme.

La Société décide de laisser cette question à l'ordre du jour de la séance du *jeudi 9 mars 1933*.

La séance est levée à 11 heures 45.

Le Secrétaire des Séances,
P. COURBON.

Séance du Lundi 27 Février 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 12 janvier 1933 et le procès-verbal de la séance du 23 janvier 1933 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mme le Dr THUILLIER-LANDRY, *trésorière-archiviste,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Roger DUPOUY, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Paul CARRETTE qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire ;*

une lettre de M. le Dr J.-R. CUEL qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Henry PICHARD qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr Yves-J.-M. PORC'HER qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr G. d'HEUCQUEVILLE qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national.*

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Roger DUPOUY, au nom d'une Commission composée de MM. TOULOUSE, TINEL et Roger DUPOUY, sur les titres de M. le Dr J. DUBLINEAU, de Paris, il est procédé au vote :

Nombre de votants : 23
Majorité absolue : 12

A obtenu :

M. J. DUBLINEAU 23 voix.

M. le Dr J. DUBLINEAU est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. René CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. Pierre JANET, Raoul LEROY et René CHARPENTIER, sur les titres de M. le Professeur Gonzalo BOSCH, de Buenos-Aires, il est procédé au vote :

Nombre de votants : 23
Majorité absolue : 12

A obtenu :

M. Gonzalo BOSCH 23 voix.

M. le Professeur Gonzalo BOSCH, de Buenos-Aires, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

PROPOSITION D'UN VŒU

contre la suppression de l'Asile Sainte-Anne, par M. G. DEMAY.

Nous avons pensé, plusieurs de mes collègues et moi, que la Société Médico-psychologique ne devait pas se désintéresser de la situation de l'asile Sainte-Anne, menacé de disparaître pour faire place à la future Faculté de médecine.

Il ne saurait être question de discuter ici ni le principe de la reconstruction de la Faculté, ni le choix de l'emplacement, ni les répercussions financières de la mesure envisagée par M. le Ministre de l'Education nationale. Mais ce projet aurait des conséquences qui ne peuvent laisser indifférent aucun de ceux qui s'intéressent à la science psychiatrique et à l'assistance des aliénés.

Depuis la suppression presque totale des quartiers d'aliénés de la Salpêtrière, l'asile Sainte-Anne reste l'unique établissement hospitalier situé dans l'enceinte de Paris, où soient traités les malades atteints d'affections mentales. Peut-on admettre que, seule de toutes les spécialités, la psychiatrie ne soit pas représentée dans l'organisation hospitalière parisienne ?

On nous dit, il est vrai, que l'asile Sainte-Anne ne disparaîtra pas tout entier, que subsisteront l'hôpital Henri-Rousselle et le service de la Clinique, que l'on construira dans Paris un centre de triage de 400 lits et un centre de chirurgie. Mais quatre services médicaux seraient supprimés, et ce sont ceux qui ont été aménagés récemment pour le traitement des psychoses aiguës. On s'accorde à dire que cette conception a donné d'excellents résultats. Va-t-on y renoncer quelques années après l'avoir réa-

lisée à grands frais ? En outre, le fonctionnement de la Clinique de la Faculté et de l'hôpital Henri-Rousselle, en raison du nombre restreint de lits dont ils disposent, ne peut guère se concevoir indépendamment des autres quartiers de l'asile avec lesquels ils sont en relations étroites. Mêmes relations entre Sainte-Anne et les hôpitaux parisiens qui peuvent y envoyer rapidement leurs délirants aigus, malades qu'il serait inhumain de transférer en pleine agitation et avec de la fièvre dans une lointaine banlieue, où ils ne trouveraient pas les ressources diagnostiques et thérapeutiques qui ont été accumulées rue Cabanis. Et n'est-il pas indispensable de laisser à Paris le centre de malariathérapie où sont conservées les souches qui permettent aux autres asiles et aux hôpitaux d'inoculer leurs paralytiques généraux ?

Ainsi, on peut dire que l'asile Sainte-Anne constitue un ensemble hospitalier qui ne peut être dissocié sans graves inconvénients. Mais c'est aussi un centre de recherches scientifiques et un centre d'enseignement qui a pour la psychiatrie la même importance que la Salpêtrière pour la neurologie. C'est là que viennent parachever leur éducation psychiatrique les internes des Asiles de la Seine qui y trouvent ce qui n'existe pas en banlieue, riche bibliothèque, laboratoires multiples, possibilité de se tenir en contact avec les hôpitaux et les facultés. C'est là aussi qu'étudiants et médecins étrangers viennent se documenter sur les méthodes psychiatriques françaises.

Si l'asile Sainte-Anne était reporté en banlieue, s'il ne subsistait à Paris qu'un hôpital psychiatrique morcelé en plusieurs tronçons, on pourrait prédire, à coup sûr, de grandes difficultés pour le recrutement des médecins du cadre des asiles publics et un abaissement du niveau du concours. Conséquence extrêmement grave si l'on songe à l'importance du rôle dévolu aux médecins des asiles qui ont constamment à prendre des décisions dont dépendent la liberté des individus et la protection de la Société.

Enfin, à une époque où la France s'est laissée dépasser par la plupart des pays étrangers en matière d'assistance aux aliénés, comment peut-on songer à supprimer un des rares établissements psychiatriques qui nous fassent honneur ?

Il est une autre question, liée au problème de Sainte-Anne, et familière aux médecins des Asiles de la Seine : c'est l'encombrement de leurs services, sur lequel ils ont attiré à maintes reprises l'attention des pouvoirs publics. Cet encombrement, qui ne cesse de s'accroître, crée aujourd'hui une situation inquié-

tante. M. Chausse, rapporteur du budget des Asiles, n'a pas manqué d'insister sur ce point en décembre dernier, auprès du Conseil Général. De l'aveu de l'éminent conseiller, il manque 4.800 lits dans les asiles de la Seine. Ce n'est pas en transférant les malades de Sainte-Anne dans des bâtiments édifiés à Vaucluse ou ailleurs qu'on remédiera à cet état de choses. Ce qu'il faut, c'est conserver les 1.300 lits de l'asile Sainte-Anne et construire un nouvel asile, c'est-à-dire reprendre la solution à laquelle on songeait déjà avant la guerre, à une époque où les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière n'avaient pas été supprimés, et où Charenton n'avait pas été transformé en Maison maternelle. Sur ce point encore, notre Société est particulièrement qualifiée pour intervenir.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous soumettre le vœu suivant :

Vœu

La Société Médico-psychologique, préoccupée des conséquences du projet qui consiste à construire sur l'emplacement de l'asile Sainte-Anne une nouvelle Faculté de médecine ;

Considérant que l'asile Sainte-Anne est le seul établissement hospitalier existant actuellement à Paris pour le traitement des maladies mentales ;

qu'il est, en outre, un centre d'enseignement indispensable pour les études psychiatriques et qu'il joue un rôle capital dans la formation des futurs médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés ;

qu'en le morcelant et en transférant en banlieue les services de traitement, on apporterait une gêne considérable au bon fonctionnement des services restant à Paris (Clinique de la Faculté, admission, dispensaire et consultation externe) et un grave obstacle au recrutement des médecins du cadre des Asiles ;

Considérant, d'autre part, l'encombrement des Asiles de la Seine qui s'accroît sans cesse et prend des proportions inquiétantes,

Emet le vœu :

1° *Que le département de la Seine conserve intégralement l'asile Sainte-Anne comme établissement psychiatrique ;*

2° *Que la construction, depuis longtemps projetée, d'un asile supplémentaire, soit entreprise à bref délai.*

M. Pactet. — L'asile Sainte-Anne, tel qu'il est, remplit en effet parfaitement son rôle d'assistance, de traitement, de prophylaxie

et d'enseignement. On ne sait pas encore où trouver les locaux nécessaires pour y transférer tous les malades et tous les services qu'il contient. Eparpiller tous ces divers services serait une faute. Les concentrer ailleurs ne serait pas possible sans d'énormes dépenses et de longues années.

M. Henri Ey. — Alors que partout à l'étranger l'enseignement de la psychiatrie se mêle plus intimement à celui des autres sciences médicales, la disparition du centre de Sainte-Anne et l'égrènement à Paris et dans la banlieue des divers services qu'il groupe, marquerait un recul de la culture médicale française.

M. Laignel-Lavastine. — A tous ces arguments pour le maintien de l'asile Sainte-Anne, il en est d'autres qui s'opposent au déplacement de la Faculté de Médecine. Le centre spirituel de la science medicale ne doit pas être éloigné du point où l'histoire l'a créé. D'ailleurs, en surélevant les bâtiments actuels pour les laboratoires, en ajoutant quelques annexes dans le voisinage, on satisferait tous les besoins nouveaux d'agrandissement. Les Américains, dont les méthodes de construction sont à la mode, nous ont donné l'exemple des gratte-ciels comme locaux d'enseignement.

Le texte du *vœu* proposé par M. G. Demay est adopté à l'unanimité des membres titulaires et titulaires honoraires présents à la séance. La Société décide en outre de charger le Bureau de transmettre ce vœu à M. le Ministre de l'Education nationale, à M. le Ministre de la Santé publique, à M. le Président du Conseil Général du Département de la Seine, à M. le Préfet de la Seine et à M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

COMMUNICATIONS

La catatonie expérimentale comme réaction fréquente, généralement non spécifique, du système nerveux, et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine, par M. H. de Jong (d'Amsterdam).

Ce travail est publié *in extenso* dans le présent numéro des *Annales Médico-psychologiques,* page 149.

M. H. Baruk. — J'ai suivi avec le plus vif intérêt l'exposé des magnifiques recherches réalisées par mon ami de Jong. Je viens

de revoir dans les superbes projections qu'il vient de nous présenter les aspects de la catatonie expérimentale les plus typiques, tels que nous les avions étudiés avec la bulbocapnine.

La catatonie expérimentale, que nous avions réalisée en 1928-1929 par un alcaloïde, est entrée depuis lors dans une voie nouvelle : la voie étiologique. M. de Jong vient de nous montrer une catatonie expérimentale réalisée par des substances chimiques variées, et surtout par des substances, comme l'adrénaline, et l'acétylcholine qui existent dans l'organisme humain. En outre, il peut provoquer une catatonie en partant d'une substance tirée de l'urine, et présentant, semble-t-il, un « pouvoir catatonisant » considérable. C'est là un grand pas qui rapproche considérablement la catatonie expérimentale des conditions étiologiques de la catatonie humaine.

De mon côté, je me suis orienté vers d'autres investigations étiologiques ; du côté des toxi-infections. J'ai pu réaliser — comme je l'ai montré dans des séances précédentes — une catatonie expérimentale associée à l'épilepsie au cours de l'allergie tuberculeuse, et par fixation sur l'encéphale du virus tuberculeux. Il s'agit, en pareil cas, d'une véritable maladie expérimentale avec une lente incubation, et une évolution progressive de manifestations cataleptiques, d'impulsions, et d'épilepsie.

Nous arrivons ainsi peu à peu, l'un et l'autre, en utilisant des méthodes différentes, à entrevoir maintenant des mécanismes étiologiques expérimentaux : les uns d'ordre chimique et humoraux, les autres d'ordre toxi-infectieux.

Il nous restera ensuite à réunir de nouveau ces deux ordres d'investigations comme nous l'avions déjà fait il y a quatre ans, et nous espérons qu'à ce moment nous aurons fait de grands progrès dans la connaissance de l'étiologie de la catatonie et aussi de la démence précoce.

Je voudrais, en dernier lieu, faire une petite remarque au sujet de l'hypnose. J'ai pu, au cours de mes recherches sur la tuberculose, comparer l'hypnose du cobaye et la catalepsie obtenue chez cet animal par méningite tuberculeuse expérimentale. Dans le premier cas, la catalepsie restait beaucoup plus légère, très labile, et ne s'accompagnait pas de troubles organo-végétatifs. Dans le second cas, au contraire, elle était particulièrement intense, tenace, et s'accompagnait d'une forte polypnée.

M. H. CLAUDE. — Les très belles expériences de M. de Jong complètent ses travaux antérieurs sur la question et apportent de nouvelles lumières sur les conditions biologiques de la cata-

tonie. On savait qu'elle peut exister chez les animaux tuberculeux, le bœuf notamment, où on l'appelle maladie de l'immobilité. Et on attribuait à ce syndrome tant chez l'homme que chez l'animal, une condition somatique lésionnelle.

Mais l'existence d'une lésion fort admissible pour les cas chroniques ne l'était plus pour les cas transitoires. Ces expériences réalisent à volonté l'apparition et la disparition de la catatonie. Il faut donc renoncer à l'hypothèse anatomique que l'autopsie dément d'ailleurs, et admettre qu'une perturbation fonctionnelle ou dynamique des centres peut déterminer momentanément les mêmes signes cliniques que leur destruction.

M. Georges DUMAS. — La peur, sans addition d'aucun élément traumatique ou autre, suffit à expliquer la catatonie fugace du cobaye après pincement de la peau. Pour confirmer ce que vient de dire M. Claude sur la fugacité de la catatonie, je citerai une catatonique qui brusquement sortit de son immobilité pour me donner un coup de poing et instantanément redevint pétrifiée. C'était un acte adapté comme celui d'un sujet normal en colère. Ce qui reste mystérieux c'est le caractère paradoxal des réactions des catatoniques.

M. Pierre JANET. — Ces très belles expériences prouvent que comme je l'ai soutenu, non seulement la peur, mais tous les sentiments normaux interviennent dans la réalisation et les modifications de la catatonie. Le même dément précoce conservera les attitudes dans lesquelles le met tel observateur, et non tel autre ; il les conservera tant qu'on le regardera et les quittera dès qu'il se croira seul. J'en ai fourni des exemples au Congrès d'Anvers.

La disposition catatonique n'est pas exclusivement pathologique. Elle a pour condition élémentaire le réflexe physique du sens kinestésique qui existe chez l'homme normal et auquel correspond la fonction de maintien du mouvement et de sa direction. Ce maintien chez l'individu normal est arrêté par les excitations venues de l'extérieur qui le font s'adapter aux circonstances. Mais dans les états de distraction l'homme normal peut, sans s'en rendre compte, maintenir indéfiniment la même contraction. Il rentre chez lui, par exemple, sans avoir cessé de maintenir entre le pouce et l'index, la lettre qu'il voulait mettre à la poste et dont il avait oublié la présence.

En résumé, le phénomène clinique de la conservation des attitudes peut dépendre de trois mécanismes différents :

1° D'un mécanisme physique. La raideur musculaire déterminée par une arthralgie rhumatismale, ou par une contraction trop

intense des muscles, contraction qu'on rencontre parfois chez les obsédés en état de paroxysmes et qui irrite les surfaces articulaires trop rapprochées, peut donner une apparence de catatonie. C'est la canaboplégie ou paralysie de mannequin, conditionnée par des troubles physiques, irritation des surfaces articulaires.

2° D'un mécanisme psychique. Le sujet conserve les attitudes dans lesquelles le médecin l'a placé, parce qu'il croit que c'est le désir de celui-ci. Il agit par suggestion. C'est la catalepsie de Bernheim.

3° D'un mécanisme à la fois physique et psychique. Il y a à la fois exagération du réflexe du sens kinesthésique et intervention des facteurs affectifs, comme le montrent mes exemples ci-dessus. C'est la catatonie proprement dite.

M. H. Baruk. — A l'appui de ce que vient de dire M. Janet, je rapporterai le fait personnel suivant. Durant la guerre, il m'est arrivé au cours de périodes de fatigue physique extrême, de rester de longues heures à cheval dans un état d'engourdissement et de semi-absence. C'était une sorte de sommeil, mais de sommeil permettant l'exercice de fonctions musculaires compliquées. Au moment des haltes, lorsqu'on me secouait, je revenais brusquement à moi.

De tels états constituent de petites manifestations cataleptiques ébauchées. Il n'y a rien d'étonnant à constater, à la suite de fatigue extrême, un tel engourdissement cataleptique, mais il s'agit là, cependant, d'une catalepsie très légère, très facilement réversible, et qu'il faut bien distinguer de la catalepsie pathologique.

On oublie trop souvent que les fonctions cérébrales les plus importantes résident dans le *maintien de l'éveil et de la conscience*. Ces fonctions peuvent subir parfois une éclipse totale et violente : c'est ce qui se passe dans l'épilepsie. D'autres fois elles peuvent subir seulement un obscurcissement partiel, obscurcissement qui peut présenter une gamme de degrés différents depuis la catalepsie liée à des atteintes du fonctionnement cérébral d'origine organique (intoxications, toxi-infections, etc...), jusqu'à celle de l'hypnose, ou même du simple épuisement nerveux.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'une concentration marquée de l'attention puisse déterminer une vraie catalepsie. Du moins je n'ai jamais pu observer jusqu'à ce jour de faits de cet ordre. Je crois, au contraire, que la catalepsie implique essentiellement non une concentration, mais une suspension de l'attention et des

fonctions vigiles, liée à une perturbation des fonctions cérébrales.

M. Henri Ey. — Les expériences de M. de Jong sont très intéressantes. Mais que faut-il entendre par hypnose des animaux ? On comprend mal la possibilité d'exercer sur eux une suggestion. Est-ce le traumatisme du choc ? Est-ce l'émotion des manipulations ? Si tant de facteurs différents pouvaient produire la catatonie cela diminuerait l'importance étiologique des facteurs toxiques.

M. H. de Jong. — Nos expériences viennent en effet confirmer encore les conceptions du professeur H. Claude sur les troubles dynamiques dont il s'agit dans le cas de la catatonie.

Pour la question de savoir s'il s'agit de rigidité chez les animaux catatoniques il faut remarquer qu'il n'y a pas de rigidité. La catalepsie dont il s'agit est une catalepsie primaire ; la diminution de la mobilité qu'on retrouve dans les cas de rigidité n'est pas une catalepsie, c'est un effet secondaire à l'obstacle mécanique de la rigidité contre la vitesse des mouvements.

Le terme hypnose animale est admis pour l'état psychique dans lequel se montre une catalepsie. Ce n'est qu'une expression. On obtient cet état chez le rat par exemple, en le pressant un peu contre la table ou en le maniant trop longtemps pendant des expériences quelconques. C'est pour cela que l'étude de cet état s'est mêlée avec l'étude des intoxications. Il faut être très prudent, ne pas confondre les deux états.

Pour ma part, j'ai poursuivi avec le plus grand intérêt les récentes recherches très intéressantes de mon ami Baruk sur les causes toxi-infectieuses. Je crois que nous deux creusons un tunnel de deux côtés et que nous aurons bientôt la grande satisfaction de nous rencontrer juste au milieu. J'espère que nous pourrons alors mettre nos forces ensemble pour la deuxième fois, et maintenant pour un effort qui nous approche beaucoup plus de la solution du problème de l'origine de la démence précoce.

M. H. Baruk. — Mon ami de Jong vient d'insister au point de vue physiologique sur la possibilité de troubles vasculaires dans le mécanisme de certains accès cataleptiques. Je lui apporte justement une confirmation clinique de cette conception dans une observation que je vais vous rapporter maintenant en collaboration avec M. Lagache.

Catalepsie et épilepsie. Leur association dans quelques affections cérébrales (troubles vasculaires. Hypertension intra-cranienne). Quelques mécanismes physiologiques et expérimentaux, par MM. H. Baruk et D. Lagache.

Beaucoup de médecins se représentent encore la catalepsie comme un syndrome situé totalement en dehors de la pathologie cérébrale, et on oppose encore communément la catalepsie syndrome-psychopathique à l'épilepsie syndrome-organique. Une telle conception est contredite par de nombreux faits cliniques et expérimentaux. Parmi ceux-ci, nous insisterons, dans cette communication, sur l'association et l'intrication de la catalepsie et de l'épilepsie au cours de certaines affections organiques cérébrales, et sur les données physiologiques et expérimentales qui montrent les parentés de ces deux ordres de troubles nerveux.

I. Données cliniques

Voici d'abord quelques observations cliniques. Nous les classerons en : A) Troubles vasculaires cérébraux.
B) Hypertension intra-cranienne.
C) Epilepsie (avec catalepsie) dite essentielle (?).

A. Troubles vasculaires cérébraux

Obs. I. — Mme G. (malade du Dr Sanseigne, de Souppes).

Début de la maladie en février 1931. Son mari nous a fait de l'accident initial la description suivante :

Vers 10 h. du matin, elle était en train d'accrocher du linge dans son jardin. Tout d'un coup, elle ressent un malaise intense, « comme si, a-t-elle dit ensuite, elle allait se trouver mal », puis presqu'aussitôt elle est « pétrifiée ». Elle reste ainsi environ 1/4 d'heure immobilisée dans la position où elle se trouvait, devant son linge. Son mari, étonné de ne pas la voir rentrer, sort alors dans le jardin, et l'aperçoit les bras en l'air, tenant encore le linge et immobile « comme une statue ». Il l'interpelle, lui dit qu'il faut rentrer. Pas de réponse. Il la prend alors par la main, et la pousse. *Elle marche alors, poussée par son mari* et regagne ensuite la maison. Toujours en la poussant, on parvient à lui faire monter l'escalier jusqu'à sa chambre. Aucune modification de la coloration du visage, mais le regard paraissait « égaré ». La malade est alors couchée. Quelques instants après, on s'aperçoit qu'elle est complètement sans connaissance.

La malade est alors examinée par le Dr Sanseigne, de Souppes

(Seine-et-Marne), qui l'a suivie très minutieusement, et nous a communiqué très aimablement les intéressantes observations qu'il a pu recueillir. Lors de son premier examen, nous a-t-il dit, la malade était en plein coma, avec des signes d'hémiplégie droite. Au bout de quelques jours, le coma disparaît. On constate toujours une hémiplégie droite, et, semble-t-il, des troubles aphasiques (?) (paraphasie, la malade employant un mot l'un pour l'autre).

Mais ce qui était surtout particulier à ce moment, nous a dit le Dr Sanseigne, c'est un état spécial, comme une sorte d'absence dans laquelle la malade semblait avoir perdu toute activité, « comme si son cerveau avait cessé de fonctionner ». Et cependant, quand on lui donnait un ordre, elle l'exécutait. Elle obéissait au commandement, mais n'avait pas d'activité spontanée. On constatait en outre deux autres particularités au point de vue mental :

1° La répétition des mêmes phrases d'une façon stéréotypée.

2° Une excitation génitale tout à fait surprenante, et qui contrastait particulièrement avec ses tendances antérieures.

Enfin, environ 5 à 6 jours après cet accident, apparaît une première crise épileptique (à prédominance droite, avec secousses cloniques très courtes et torpeur consécutive). Ces crises se répètent les jours suivants (4 à 5 crises analogues).

L'état « d'absence » et de passivité psychique dure environ un mois. Ensuite, peu à peu, l'activité psychique de la malade se rétablit, mais on constate la persistance de troubles de la parole, de la lecture et de l'écriture qui finissent par s'amender peu à peu.

Toutefois, le 9 novembre 1932, apparaît une *crise épileptique* typique généralisée (brusque perte de connaissance, chute, mouvements convulsifs, émission involontaire d'urines. Stertor consécutif).

Crises d'aspect identique le 28 décembre, le 18 février et en juin 1932.

L'un de nous (Dr Baruk) examine alors la malade en juillet 1932. La malade est bien présente, pas de catalepsie. L'examen neurologique est négatif, à l'exception d'une légère inégalité pupillaire, G. < D., et avec énopbtalmie gauche (s. de Cl. Bernard Horner). Réflexes normaux.

Au point de vue étiologique, on note seulement chez cette femme :

1° un passé de *céphalées intenses avec bomissements* depuis dix ans.

2° à l'âge de 32 ans, une hystérectomie totale.

3° une hypertension artérielle (24-12 au Vaquez).

Depuis lors, la malade va bien. Actuellement, le Dr Sanseigne nous apprend ces jours-ci que son état est aussi satisfaisant que possible, et que les crises épileptiques ont disparu grâce à un traitement par le gardénal.

Cette observation est extrêmement intéressante pour les motifs suivants :

1° Elle concerne une crise de catalepsie typique précédant de quelques instants un coma avec hémiplégie transitoire, et suivie ultérieurement d'épilepsie. En pareil cas, la catalepsie est donc associée à des signes organiques nets.

2° L'état cataleptique est réapparu au sortir du coma avec des caractères typiques : abolition de l'initiative motrice, exécution automatique, verbigération stéréotypée. Quant à l'excitation génitale durant cette période, elle constitue un signe fréquent, nous a-t-il semblé, au cours des crises cataleptiques et catatoniques : elle doit être rapprochée de certaines excitations génitales paroxystiques de l'épilepsie comme l'un de nous en a rapporté des exemples, et ce fait montre encore la parenté de ces deux syndromes.

3° Si la nature organique de ces troubles ne fait pas de doute, leur étiologie précise est plus difficile à définir. Il s'agit très vraisemblablement cependant de troubles d'origine vasculaire, comme le laisse penser l'existence d'une hypertension artérielle, du passé de céphalées, et les antécédents d'hystérectomie précoce. Le fond d'œil n'a malheureusement pas été examiné.

Obs. II. — M. N., 65 ans. *Résumé.*

Malade ayant présenté, il y a 10 ans, un accès de dépression mélancolique ayant nécessité un séjour de deux mois en maison de santé. Paraissait rétabli. On notait seulement une certaine irritabilité.

Le 9 juin 1931, ictus, hémiplégie droite, avec aphasie de Broca. Vu par l'un de nous quelques jours après l'ictus. Présentait une catalepsie très marquée, gardant indéfiniment toutes les positions. Bien entendu, était impossible à rechercher du côté paralysé.

Ultérieurement, réapparition partielle de la motilité droite, avec passage à la contracture. En même temps, disparition complète de toute catalepsie. Evolution ultérieure vers un état de démence organique.

B. Hypertension intra-cranienne

Obs. III. — Georgette R..., 8 ans 1/2.

Cette enfant présente depuis de longues années des crises de céphalée. Celles-ci se sont surtout accentuées depuis deux ans, et ont pris les caractères suivants : assez brusquement, parfois au milieu de la nuit, d'autres fois au réveil, l'enfant est prise d'un violent mal de tête, diffus, sans vomissement, avec sensation d'étourdissement l'obligeant souvent à se coucher. A ce moment, l'enfant est comme « pétrifiée », absolument immobile.

Il y a un an 1/2, crises douloureuses à l'hypocondre gauche.

Le 15 août dernier, *première crise épileptique* au milieu de la nuit (cri, convulsions, émission d'urines, etc., torpeur consécutive). Ultérieurement, plusieurs crises analogues se produisent au cours de la journée, mais sont toujours précédées d'une *aura sensitive crurale gauche* (douleur vive à la jambe gauche, puis crise convulsive). Parfois la crise se réduit à l'aura. La malade est examinée par le Dr Vasse qui adresse l'enfant à l'un de nous.

A l'examen, on est immédiatement frappé par l'immobilité relative de l'enfant : elle répond aux questions, mais juste à la question, ne parlant presque pas spontanément.

L'enfant reste dans toutes les positions où on la place : debout, il faut la pousser ; elle avance alors de deux pas et s'arrête ; si on la pousse en arrière, elle recule de deux pas et s'arrête. On peut la plier en avant, lui mettre les bras, les jambes en l'air. Elle *garde indéfiniment les positions les plus difficiles et même au prix de gros efforts* (voir film).

On lui explique qu'il ne faut pas garder les positions. Elle semble avoir très bien compris. On recommence l'expérience : même conservation des attitudes. Examinée à plusieurs reprises, nous avons toujours retrouvé cette catalepsie, même en dehors des périodes de céphalée.

Par ailleurs, intelligence conservée.

Examen oculaire (Dr Renard) : *stase papillaire très nette à droite.*

En résumé, il s'agit d'un syndrome cataleptique extrêmement caractéristique, associé à des crises épileptiques, au cours d'une hypertension intra-cranienne, et peut-être d'une tumeur cérébrale droite.

Des signes cataleptiques plus ou moins ébauchés sont d'ailleurs loin d'être exceptionnels au cours de l'hypertension intra-cranienne. Mais on les observe surtout au cours des torpeurs confusionnelles, et on objecte parfois que le malade comprend mal le sens des mouvements provoqués. Chez cette enfant, il n'y a aucune confusion mentale et il s'agit là d'un syndrome cataleptique pur et tout à fait impressionnant.

C. Epilepsie (avec catalepsie) dite essentielle (??)

Obs. IV. — Mlle van G., 11 ans 1/2.

Début de la maladie en juin 1932 par trois accès successifs d'automatisme amnésique : 1er accès au lycée : on l'envoie chercher quelque chose dans une autre classe. Ne revient plus. On la retrouve dans un escalier, l'air égaré ; ne se rappelle pas ce qui s'est passé.

2e accès. Fugue amnésique au sortir du lycée, se retrouve plusieurs heures après à la Gare du Nord sans savoir comment elle y était venue.

3e accès. Un matin, on la trouve toute habillée sur son lit. Se rappelle qu'elle s'était réveillée dans la nuit, et que, ne se trouvant pas bien, elle avait eu l'intention de s'habiller pour aller trouver sa grand'mère à l'étage au-dessous, mais aucun souvenir de s'être habillée.

Devant ces trois accès, le diagnostic pouvait rester hésitant, mais un mois après survient une crise épileptique typique, convulsive, suivie ultérieurement de deux crises analogues.

Examinée peu après ces crises épileptiques, l'enfant présentait un syndrome cataleptique : diminution de l'initiative motrice, *conservation indéfinie des attitudes segmentaires* aux membres supérieurs et inférieurs, signe de l'anticipation des mouvements passifs à l'avant-bras, etc...

Traitée alors régulièrement par le gardénal et le repos.

Revue il y a un mois très améliorée. Plus de crises épileptiques, facies bien éveillé. Se sent mieux et dit que ses idées sont beaucoup plus nettes. *Disparition complète de toute catalepsie.*

Au point de vue étiologique, l'examen neurologique est négatif chez cette enfant. Fond d'œil normal. Aucun signe d'hypertension intracranienne. Noter seulement dans ses antécédents des migraines intenses et fréquentes, de l'insomnie et des troubles morphologiques très particuliers rappelant l'infantilisme type Lorrain (un jeune frère présente également des signes d'infantilisme hypophysaire).

Les cas analogues de catalepsie accompagnant les périodes de crises épileptiques nous ont paru assez fréquents. Les limites de cette communication ne nous permettent pas de rapporter les autres observations que nous avons pu recueillir à ce sujet. Un de nos malades de Charenton, épileptique ancien, est typique à cet égard : après les phases de crises épileptiques subintrantes, il présente un état d'engourdissement psychique, avec catalepsie intense, faciès inexpressif, immobilité entrecoupée d'impulsions qui est absolument superposable au sommeil cataleptique de la catatonie et de la démence précoce.

II. Données expérimentales

Les faits cliniques d'association de catalepsie et d'épilepsie que nous venons de rapporter sont confirmés et éclairés par divers faits expérimentaux.

Dans leurs études sur la catatonie expérimentale par la bulbocapnine de Jong et Baruk ont montré qu'entre la catalepsie et l'épilepsie expérimentale bulbocapnique il existe surtout une différence de doses, la catalepsie étant réalisée par les doses moyennes, l'épilepsie par les doses fortes. D'autre part, une dose forte



1. Conservation des attitudes des membres supérieurs.



2. Conservation des attitudes des membres supérieurs et inférieurs.



3. On pousse l'enfant, elle avance d'un pas, puis s'arrête.



4. Enfant couchée sur le dos, bras et jambes en l'air. Noter que peu à peu les membres supérieurs et inférieurs s'abaissent vers le sol.

peut réaliser successivement un stade cataleptique, puis un stade épileptique, ces deux stades correspondant probablement à la fixation progressive du poison sur le système nerveux.

Dans ses recherches expérimentales ultérieures, exposées dans la communication précédente, de Jong a toujours retrouvé la catalepsie associée à l'épilepsie.

D'autre part, H. Baruk, Bidermann et Albane, dans leurs recherches expérimentales sur l'allergie tuberculeuse ont pu déterminer chez le cobaye une véritable maladie à manifestations nerveuses successives tantôt cataleptiques, tantôt épileptiques, ces manifestations semblant liées à la *fixation sur le cerveau* ou *les méninges de virus tuberculeux* (voir à ce dernier point de vue Baruk et Bertrand. *Soc. de Biologie,* 28 janvier 1933).

L'association catalepsie-épilepsie semble donc bien démontrée expérimentalement au cours de mécanismes toxiques ou toxi-infectieux cérébraux.

Ces mécanismes toxiques ou toxi-infectieux ne sont peut-être pas les seuls susceptibles de réaliser cette association morbide, comme le laissent penser les faits cliniques de catalepsie-épilepsie au cours de troubles vasculaires ou d'hypertension intracranienne que nous venons de rapporter. Expérimentalement, l'asphyxie semble pouvoir déterminer la catalepsie comme l'a montré de Jong. Baruk a pu vérifier ce fait avec Desoille (1) au laboratoire du professeur Villaret à la Faculté de Médecine chez un lapin à la suite de plusieurs immersions successives dans l'azote : l'animal a présenté une catalepsie impressionnante, entrecoupée d'impulsions, et de crises épileptiformes.

Nous avons d'autre part réalisé chez la souris des tentatives d'hypertension intra-cranienne en injectant du sérum physiologique entre le crâne et le cortex. L'aiguille est introduite immédiatement au-dessous du rebord inférieur de l'occipital, et inclinée ensuite vers le haut en rasant l'os. L'absence de boule d'œdème indique que l'injection est réussie. Un centimètre cube injecté dans ces conditions chez plusieurs souris n'a rien déterminé d'anormal. La même quantité de liquide, mais provenant d'une solution au 1/20 de bulbocapnine Merck, c'est-à-dire contenant 5 mgr. de l'alcaloïde, détermine immédiatement des crises violentes d'épilepsie et la mort.

Il ne semble donc pas, que, dans ces conditions d'expérience, la compression cérébrale mécanique seule soit suffisante pour

(1) Cette expérience est rapportée dans la thèse de Henri Desoille : *Les troubles nerveux dûs aux asphyxies aiguës.* Thèse Paris, 1932, p. 296.

déterminer la catalepsie et l'épilepsie. Toutefois ces expériences demanderaient à être reprises un plus grand nombre de fois avant de conclure.

Notons enfin qu'au cours de ces expériences nous avons vu une fois une épilepsie bulbocapnique initiale suivie d'un long stade cataleptique.

Ainsi donc il peut exister dans certains cas des rapports intéressants entre l'épilepsie et la catalepsie : l'épilepsie apparaît comme une suppression fonctionnelle cérébrale brutale, profonde et brève, la catalepsie comme une suspension fonctionnelle plus atténuée pouvant précéder ou suivre les décharges comitiales.

M. X. Abély. — En injectant un centimètre cube d'un liquide quelconque, même de sérum physiologique, dans la substance cérébrale d'un cobaye, on obtient des phénomènes d'épilepsie. On ne les obtient plus si l'on n'injecte qu'un demi-centimètre cube. C'est la preuve de la grande importance du facteur mécanique. Celle-ci diminue d'autant l'importance des éléments toxiques contenus dans le liquide injecté.

M. de Jong. — C'est en effet une coïncidence très agréable pour nous deux que M. Baruk parle d'une catalepsie causée par des états pathologiques vasculaires, tandis que moi je viens d'exposer ma théorie sur l'asphyxie cellulaire qui pourrait être causée par des contractions vasculaires et ce qui produirait la catalepsie. C'est encore une rencontre d'idées qui nous est venue indépendamment l'un de l'autre et qui peut nous encourager de continuer nos deux voies qui mènent au même but, partant de deux côtés différents.

Entrées pour paralysie générale après première hospitalisation en 1913 et 1932. Contribution à l'étude de l'influence des nouveaux traitements, par MM. Th. Simon et J. Rouart.

Nous présentons aujourd'hui une note très courte relative au nombre des entrées des paralytiques généraux après une première hospitalisation pendant les années 1913 et 1932. Notre statistique n'a été faite que chez les hommes.

Nous avons consulté toutes les observations des malades entrés pour paralysie générale au cours de ces deux années et relu tous les certificats d'internement et immédiats les concernant. Plusieurs malades avaient été traités déjà et nous avons noté la proportion de ces retours. Pour la commodité de notre exposé, nous

désignerons tous ces retours, quelle qu'en soit l'origine, par le terme de « rechutes ».

Nous avons donc considéré comme rechute toute entrée déjà précédée d'un internement ou d'un traitement préalable par malariathérapie ou Stovarsol, à l'asile ou en cure libre. Le premier cas (internement) était le seul observé en 1913. Internement ou traitement se rencontrent, au contraire, en 1932. Aussi avons-nous assimilé les « déjà traités » de cette manière aux « déjà internés ».

Procédant de cette façon voici les résultats obtenus :

En 1913 : 423 entrées pour paralysie générale ;
23 rechutes, soit environ 5 1/2 %.

En 1932 : 301 entrées ;
84 rechutes, soit environ 28 %.

La proportion des rechutes est donc beaucoup plus considérable en 1932. Et, de ce fait, il semblerait ressortir une action indéniable des traitements actuels.

Regardons cependant les choses de plus près. En entrant dans le détail, ces rechutes se classent ainsi, selon le délai où elles se produisent :

	1913		1932	
3 mois	29 1/2 %	87 %	23 1/2 %	71 %
6 mois	23 1/2		26	
1 an	35 1/2		22	
3 ans	12		16	
5 ans	0		6	
7 ans	0		6	

D'après ces chiffres, en 1932 comme en 1913, la plus forte proportion des rechutes s'effectue dans les délais très brefs de 3 mois, 6 mois, un an. En 1932 elles concernent le plus souvent des malades internés après une sortie récente de l'asile ou d'un service hospitalier dans lesquels l'impaludation fut pratiquée, et beaucoup de certificats affirment les malades non modifiés par la malariathérapie. Il nous semble donc s'agir de cas où le traitement fut inefficace plutôt que de véritables rémissions et ces cas sont nombreux. Par contre on trouve, en 1932, des rémissions beaucoup plus longues que les rémissions spontanées observées en 1913 et qui ne dépassaient pas trois ans. En 1932, au contraire, 12 % de cas se trouvent où l'écart entre les deux placements est de cinq et sept ans.

Si nous mettons à part, en 1932, les seuls malades impaludés, la proportion des rechutes est encore de 19 %.

⁂

Nous serions heureux d'être renseignés par des statistiques de même ordre sur *la longueur du séjour* des malades atteints de paralysie générale en 1913 et depuis le recours aux traitements modernes.

Nous terminerons par une dernière remarque : On voit la nécessité d'approfondir les statistiques qu'on peut publier. La comparaison des entrées pour paralysie générale en 1913 et 1932 fait apparaître une diminution de 28 %. En fait la diminution est plus accusée. Si nous retranchons (comme il convient de le faire) les entrées par rechute, l'écart devient alors de 45 %. Mais, d'autre part, on peut se demander également si, depuis les traitements par impaludation et stovarsol, un plus grand nombre de paralytiques généraux qu'autrefois n'échappe pas aujourd'hui à l'internement.

Nous avons, faute de mieux, relevé les décès par paralysie générale, tels qu'ils sont fournis dans les rapports annuels :

en 1913	431
en 1931	136

ce qui accentue l'écart que nous constatons entre les deux périodes.

M. André Barbé. — Le fait que la malariathérapie se pratique ailleurs que dans les asiles enlève beaucoup de valeur à cette statistique. Il eût été intéressant de comparer les pourcentages des rechutes par rapport aux divers traitements appliqués.

M. Pierre Masquin. — Je me permettrai de faire quelques remarques à propos de cette très intéressante communication. Au premier abord, les chiffres que donnent les auteurs paraissent discréditer les méthodes thérapeutiques actuelles puisque sur 420 malades atteints de paralysie générale, entrés à l'admission en 1913, on ne compte que vingt rechutes, soit 5 % — alors qu'on en trouve 84 sur 300 en 1932, soit 28 %. Mais qu'étaient devenus les autres malades qui, restés à l'asile, n'ont pu être portés comme rechutes ? N'y a-t-il pas lieu de tenir compte parallèlement du nombre des améliorations ou des décès ?

Ce terme de rechute peut-il d'ailleurs s'appliquer à tous les cas ? Peut-on parler de rechute pour un malade atteint de paralysie générale, repris en état de démence, mais calme et non dangereux, par sa famille et qui rentre à l'asile trois mois après dans

le même état et sans n'*avoir jamais présenté aucune phase d'amélioration*. Ne faudrait-il donc pas connaître l'état du malade au moment de la sortie pour voir s'il y a « rechute » au retour.

Que deviennent enfin les malades, même améliorés, une fois sortis ? Un traitement rigoureux a-t-il été suivi ou sont-ils restés livrés à eux-mêmes ?

M. Courbon. — Le fait que les auteurs ont employé le mot rechute et non celui de récidive prouve que dans aucun de leurs cas il n'y avait guérison. Il s'agissait partout simplement de régression. Cela ne m'étonne pas. Rechute et récidive sont deux des rares termes du vocabulaire psychiatrique qui soient à la fois clairs, bien français et ayant la même signification précise qu'en médecine générale. Veillons à ne pas les obscurcir en les employant comme synonymes.

M. Fribourg-Blanc. — Avant l'application de la malariathérapie, on internait au Val-de-Grâce environ 35 paralytiques généraux par an. Depuis 6 ans, je n'en ai pas interné plus de 5. Cela prouve que le traitement agit et si l'intensité de son action est contestable, il a l'incontestable avantage d'épargner les deniers de l'Etat chaque fois que le sujet peut vivre dans sa famille.

La séance est levée à 18 heures 45.

Les secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Février 1933

Présidence : M. VURPAS, vice-président

Panaris analgésiques du pied droit par syringomyélie lombo-sacrée unilatérale chez un enfant de 11 ans, par MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT.

A propos d'un malade, les auteurs insistent : 1° sur l'existence d'un spina bifida occulta associé ; 2° sur l'inefficacité de la radiothérapie. Considérant que sous le terme clinique de syringomyélie on englobe actuellement des processus histologiques de nature différente, les auteurs font remarquer que le diagnostic de syringomyélie est avant tout un diagnostic topographique.

Maladie héréditaire du chien homologue de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie et de la maladie de Friedreich. (Etude anatomique), par MM. P. MOLLARET, V. ROBIN et I. BERTRAND.

Les auteurs rapportent l'observation anatomique d'une chienne atteinte d'une affection héréditaire rappelant l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie. L'étude anatomique confirme pleinement l'homologie clinique.

Un cas d'atrophie faciale symétrique avec adipose douloureuse
par MM. LECHELLE, A. THÉVENARD et JOSEPH.

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune femme chez qui s'est développé depuis 10 ans un syndrome caractérisé par une atrophie faciale globale et symétrique avec participation osseuse, une exophtalmie bilatérale et une adipose douloureuse segmentaire abdomino-crurale.

L'exagération des réactions de soutien dans l'astasie-abasie,
par MM. RADEMAKER et GARCIN.

Les auteurs rappellent l'importance de ces réactions dans la station normale et étudient leur exagération dans certaines astasies-abasies.

Tumeur médullaire ayant simulé une sclérose latérale amyotrophique,
par MM. GARCIN et PETIT-DUTAILLIS.

Les auteurs rapportent l'histoire clinique d'un syndrome de sclérose latérale amyotrophique typique ; mais la présence d'une petite bande d'hypoesthésie, l'abolition du réflexe stylo-radial, la dissociation albumino-cytologique font poser le diagnostic tumoral. Opération. Guérison.

Un cas de myxoedème avec syndrome Thomsénien,
par MM. GARCIN et ROUQUES.

Les auteurs présentent un malade chez qui cette association morbide évolue depuis longtemps ; les auteurs insistent sur la rareté de ce cas et discutent le mécanisme pathogénique.

La Neurotomie retro-gassérienne par la technique de Dandy,
par MM. BAUDOUIN, PETIT-DUTAILLIS et DEPARIS.

A propos de quatre malades opérés et guéris, les auteurs insistent sur les avantages et l'inocuité de cette intervention.

Paralysie des inférogyres, hypertonie des supérogyres et des releveurs de paupières, par MM. ANDRÉ-THOMAS, H. SHAEFFER et Ivan BERTRAND.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un malade chez qui l'examen histologique montre l'existence de deux petits foyers hémorragiques symétriques, nettement localisés, situés entre l'aqueduc de Sylvius et le noyau rouge.

Etude clinique, cinématographique et anatomo-pathologique d'un grand spasme de torsion post-encéphalitique, par MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et I. BERTRAND.

Après avoir présenté un film cinématographique, les auteurs insistent sur l'absence d'atrophie, de lésions focales, de périvascularite et l'intégrité myélinique relative. Les véritables lésions sont d'ordre cellulaire et portent sur l'écorce (III[e] couche de Brodman), le putamen, le globus pallidus, le locus niger et, accessoirement, le complexe olivaire du bulbe.

Méningiome de la région temporale,
par MM. TINEL, Th. DE MARTEL et GUILLAUME.

Les auteurs présentent un malade opéré et guéri, chez lequel la céphalée, l'aphasie sensorielle et une hémianopsie droite *progressive* imposaient le diagnostic de méningiome de la région temporale.

Hyperostoses craniennes symétriques, lipomatose douloureuse asymétrique, dysplasie sanguine et altérations utéro-ovariennes, par MM. René Huguenin et Jacques-Léon Millot.

Les auteurs présentent une jeune femme atteinte de dystrophies osseuses et lipomateuses remontant à l'enfance. Ces dystrophies ont des caractères qui les différencient nettement des autres dystrophies osseuses et lipomateuses décrites jusqu'à présent. La coexistence d'une dysplasie endothélioplasmatique et des altérations utéro-ovariennes amène les auteurs à se demander s'il ne faudrait pas voir à leur origine quelque perturbation endocrinienne, qu'ils ne précisent pas.

La déviation de l'index — dans l'épreuve de la déviation dite spontanée — dépend des réflexes statiques cérébraux du type conditionnel non moins que des réflectivités cérébelleuse et labyrinthique, par MM. J. Froment et R. Mayoux (de Lyon).

Les auteurs montrent que, *chez le normal,* l'*index s'élève même quand,* la tête restant immobile, *le regard s'est seul élevé ;* ou *encore quand,* la tête et le regard demeurant fixes, *la pensée s'est seule portée au plafond.* Les gestes et les attitudes de la pensée qui précèdent ceux du corps et qui en sont habituellement le primum movens — si bien que l'on pourrait qualifier les gestes et attitudes du corps de « gesta animi per corpus » — ont même valeur déterminante et même effet. C'est sans doute *l'intervention et l'importance de ce facteur cérébral* du type conditionnel — facteur beaucoup trop méconnu — qui *dans les affections chroniques* (ayant permis l'entrée en jeu de la compensation cérébrale) *enlève toute netteté* et *toute valeur à cette épreuve si précise et si décisive dans les affections oto-neurologiques aiguës.*

Jean Tusques.

Société de Médecine légale de France

Séance du 13 Février 1933

Présidence : M. MICHEL, président

Les champs de sensibilité des méthodes galvanométrique et acidométrique dans l'exploration de l'émotivité, par MM. Laigael-Lavastine et Georges d'Heucqueville.

Ces auteurs présentent une étude comparée des résultats obtenus par la méthode du *p*H urinaire différentiel, antérieurement étudiée par eux et par

une nouvelle technique galvanométrique : les sujets sont soumis à une série continue d'excitations déclanchées selon un horaire fixe ; on note les variations concomitantes de leur « constante galvanique ».

Cette épreuve permet de classer les types émotifs en 5 groupes : *normaux, — insuffisants généraux, — insuffisants végétatifs, — hypersensibles généraux, — hypersensibles superficiels.* Ces deux derniers types se rencontrent exclusivement chez des sujets profondément tarés, incapables de mener une vie sociale normale.

Ce sont des modalités d'expression très différentes qu'atteignent les deux méthodes galvanométrique et acidimétrique. Seules les réactions galvaniques concordent avec les réactions vasculaires communes : variations du pouls, de la tension artérielle, modifications vaso-motrices. En outre, la méthode galvanométrique donne une représentation imagée des réactions, une courbe qui suit toutes les fluctuations de la tonalité affective. Elle est donc préférable, si l'on dispose d'appareils sûrs, permettant une technique impeccable, ce qui suppose un laboratoire bien monté et un mécanicien capable.

Mais, la méthode du *p*H urinaire différentiel, retrouve un avantage incontestable à la prison comme à l'asile. De plus, elle y permet, par observation continue, de parvenir à un diagnostic psychiatrique certain dans quelques cas difficiles.

FRIBOURG-BLANC.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 15 Décembre 1932

Présidence : M. René CHARPENTIER, vice-président

Présentation de films psychologiques

La séance a eu lieu dans la salle de projections de la *Société du Matériel Acoustique,* 1, boulevard Haussmann, grâce à l'obligeance de cette Société.

Les deux films projetés se rapportent à la croissance psychique de l'enfant et sont parlants. L'un est accompagné d'une conférence de GESELL, de Yale, l'autre d'une conférence de Mme Ch. BÜHLER.

Le film de GESELL montre l'installation créée à l'Université de Yale pour l'étude cinématographique de l'enfant : l'enfant examiné est seul avec la personne qui lui présente les tests dans une grande coupole de verre sur les pourtours de laquelle sont les observateurs et l'opérateur de cinéma

cachés à la vue de l'enfant à l'aide de stores déplaçables qui leur permettent d'observer l'enfant et de le cinématographier dans différents angles.

Les mêmes objets sont présentés à l'enfant à des intervalles d'un mois. Un dispositif d'examen permet ensuite de dérouler parallèlement les films pris à différentes époques. Les étapes des progrès de l'enfant dans la préhension, la contemplation, l'utilisation de l'objet sont ainsi mises en évidence de la façon la plus éloquente.

Le film de Mme Bühler montre des réactions motrices caractéristiques de la première enfance, réactions pouvant utilement servir de « tests pour bébés ». On sait que l'auteur a fait, sur cette question, des études très minutieuses : aidée par un groupe de collaborateurs, elle a effectué une enquête méthodique et établi une sorte d'inventaire chronologique des réactions de l'enfant. On n'avait avant ce travail que des monographies : on a maintenant des relevés statistiques donnant l'âge moyen et la fréquence de chaque manifestation de l'activité enfantine. Le film présente un résumé intéressant de ce travail.

D. Lagache.

Séance du 16 Février 1933

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Psychologie de la création esthétique d'après l'allégement progressif de la matière à travers l'évolution de l'art, par M. Henry Valensi.

M. Henry Valensi expose d'abord ses vues générales sur l'Art, qui lui apparaît comme *la réponse psychique au besoin de s'exprimer que l'homme éprouve de tous temps.*

De cette pérennité, il déduit une constante unité de l'Art que, dès lors, il appelle l'*Art-Un,* entité dont les arts ne sont que les composants, les *moyens* de s'exprimer par des matières d'art différentes. Ces matières (pierre brute et pierre sculptée, couleurs, mots, sons) peuvent être rattachées à la grande famille des vibrations, dans un ordre pondéral. De ce fait, il conçoit également une *Matière d'art-Une.*

M. Henry Valensi expose ensuite que, dès 1913, il avait pu retrouver la loi d'évolution de l'Art qu'il nomma « Loi des Prédominances », et qui s'appuie sur le poids de la matière. En ses trois articles, cette Loi constate que chaque grande période préféra un art comme étant son expression la plus propre, que ce fait établit la « prédominance », à tour de rôle, de chaque art, cet ordre dépendant du besoin constant qu'éprouvait l'*intelligence-sensible* de l'Homme de s'exprimer, plus elle se développait, par des matières de plus en plus légères si elles étaient créées, ou allégées si elles étaient traditionnelles ; et qu'en même temps, ce prédominant étendait à tous les autres arts son propre « esprit » et ses propres moyens.

C'est donc bien parce que l'esprit humain a besoin de « moins de poids » pour synthétiser, par des œuvres d'art, chaque époque, que l'évolution de l'Art peut être retrouvée par « l'indice-pondéral » des matières d'art. Puis M. H. Valensi, qui avait, au préalable, étudié psychologiquement le processus de la création esthétique, démontre le bien-fondé de cette Loi en posant ce problème d'ordre psychologique : soit un artiste doué de vie continue ; peut-on dire que toutes ses créations, depuis la première, auraient été invariées en esprit, en formes et en matières ? M. Valensi envisage tous les cas possibles et conclut par la négative en s'appuyant tant sur l'Histoire de l'Art que sur les « états d'âme » successifs de son hypothétique artiste éternel.

⁂

Bureau de la Société française de Psychologie pour 1933

Président : M. René CHARPENTIER.
Vice-Président : M. LALO.
Secrétaire général : M. I. MEYERSON.
Trésorier : M. LUQUET.

L. R.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 Décembre 1932

Présidence : M. OLIVIERS, président

Obsession homicide, par M. CARLIER.

Présentation d'un malade dont l'hérédité n'est pas tarée, mais qui est atteint de signes dégénératifs cranio-faciaux très accusés.

Il souffre depuis sa jeunesse d'une obsession de l'homicide à caractère cyclique. Au début, il cherchait dans la fuite l'oubli de son obsession, ce qui l'a conduit à des périodes de vagabondage. Il a été condamné plusieurs fois de ce chef.

La crise débute par de la tristesse avec tendance à l'isolement. Le malade analyse bien son trouble et cherche à y résister. A ces moments, il se sent poussé à assassiner précisément les personnes qui lui sont le plus sympathiques. Il a parfois cédé à son impulsion et a commis un meurtre à l'asile.

L'auteurs discute les caractères psychologiques du sujet et insiste sur l'absence de tout facteur accessoire, d'ordre comitial ou alcoolique.

Vagabondage et aliénation mentale, par MM. Rademakers et Cleen.

Etude statistique concernant l'état mental d'un grand nombre de vagabonds examinés à la colonie de Merxplas. Les vagabonds sont presque toujours des aliénés, des dégénérés ou des débiles. Toutes les formes de l'aliénation mentale sont représentées.

Les auteurs montrent la fréquence de l'alcoolisme et de l'hérédité alcoolique. Ils insistent sur l'utilité des annexes psychiatriques aux colonies de vagabonds, et discutent les réformes nécessaires dans les mesures à prendre vis-à-vis de cette catégorie de malades.

Perversité encéphalitique, par M. A. Leroy.

Relation de deux cas de perversions du sens moral, apparues plusieurs années après une atteinte d'encéphalite léthargique, et ayant constitué pendant longtemps le seul symptôme morbide.

Les modifications de la personnalité dominent encore aujourd'hui le tableau clinique, mais des signes moteurs sont venus confirmer le diagnostic de séquelles encéphalitiques.

J. Ley.

Séance du 28 Janvier 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Les paresthésies de la cérébration, par M. P. Divry.

Dans ce *discours présidentiel,* l'auteur passe en revue les sensations anormales qui peuvent naître, dans le psychisme même, à l'occasion et au sujet de l'élaboration psychique. Parmi ces paresthésies de la cérébration, il envisage successivement des troubles globaux du psychisme, tels que sensation d'engourdissement, de tension, d'automatisme, puis des troubles plus électifs, tels que sentiment d'étrange, d'irréalité des choses, le sentiment d'insensibilité, la perte de la conscience du corps.

Certains de ces symptômes peuvent s'expliquer par des troubles de la motricité psychique ; mais, pour les paresthésies électives en particulier, l'auteur invoque une dissociation dans les fonctions du moi intuitif ou pratique, qui a conservé quelque chose d'instinctif dans son activité.

Ce discours, très écouté et très applaudi, se termine par quelques considérations sur la signification nosologique et l'importance des paresthésies de la cérébration, tant dans le domaine neurologique que psychiatrique.

La notion médico-légale du déséquilibre mental, par M. L. VERVAECK.

Le déséquilibré diffère du débile et du dément par la variabilité des symptômes qu'il présente. Les déséquilibrés, au point de vue médico-légal, peuvent être définis : tous les individus qui ne sont ni des aliénés, ni des débiles, mais dont la responsabilité est cependant « très largement atténuée ».

L'auteur divise cette catégorie de malades en deux groupes principaux : 1° *les déséquilibrés graves,* qui sont généralement les psychopathes constitutionnels présentant une dysharmonie psychique avec pour conséquence l'inadaptabilité sociale ; 2° les *psychopathes variables,* comprenant certains épileptiques, hystériques, petits cyclothymiques, toxicomanes, kleptomanes, etc.

Enfin, l'auteur pense que la notion du déséquilibre mental devrait être étendue dans certains cas, aux perturbations de l'émotivité qui peuvent se produire chez des sujets mentalement normaux. C'est une question délicate qui pose le problème de la frontière entre la passion et la folie.

M. Vervaeck estime que l'homme mentalement normal peut commettre un crime dont il est irresponsable. Les maladies organiques (tuberculose, cardiopathies) sont fréquentes dans ces cas ; il faut tenir compte également de l'impulsivité menstruelle chez la femme, du surmenage affectif, des conditions familiales créées par certains bourreaux domestiques.

L'auteur cite toute une série d'exemples, et conclut que, dans ces cas, il y a « atténuation très large » de la responsabilité et que, par conséquent, la loi de défense sociale pourrait être appliquée.

Une sanction est indispensable dans tous les cas ; elle prendrait un caractère thérapeutique dans ces cas spéciaux, même si l'état mental du sujet est redevenu normal au moment du jugement. L'internement se ferait dans un établissement à caractère de pavillon libre, ou dans une clinique privée si possible.

Discussion. — Dans un échange de vues auquel prennent part *MM. de Block, d'Hollander, Titeca, de Craëne, Aug. Ley,* etc., les distinctions proposées par M. Vervaeck sont critiquées. L'assemblée décide de remettre à une séance ultérieure la discussion approfondie de cette question.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 Janvier 1933

Présidence : M. Fr. BREMER, président

Syndromes neuro-anémiques, par M. R. FLAMENT.

Relation de trois cas d'anémie pernicieuse avec complications nerveuses à forme médullaire (2 cas) et polynévritique (1 cas). Amélioration des symptômes nerveux par le traitement spécifique de l'anémie. L'auteur insiste sur l'importance des paresthésies diverses qui se manifestent souvent au début de l'affection. C'est un signe précoce qui commande un examen du sang, lorsqu'on ne peut en déterminer la cause. En ce qui concerne la pathogénie de ces lésions nerveuses, l'auteur ne croit pas qu'elles soient secondaires à l'anémie : il est possible que les altérations du sang et du système nerveux relèvent d'une même cause. On peut penser à un facteur toxique, mais l'hypothèse d'une maladie par carence paraît plus vraisemblable, étant donné l'amélioration obtenue par l'opothérapie hépatique.

Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë probable, par M. E. EVRARD.

Relation du cas d'un homme de 45 ans, qui a vu s'installer en moins d'un an une atrophie musculaire à distribution rhizomélique, ayant débuté par les membres supérieurs. Le diagnostic est difficile en raison de certains signes discrets permettant de suspecter une atteinte des voies pyramidales. L'auteur écarte le diagnostic de myopathie et conclut à une poliomyélite antérieure subaiguë, plutôt qu'à une sclérose latérale amyotrophique.

Kyste à échinocoques du cerveau, par MM. DIVRY et MOREAU.

Comme suite à leur communication récente sur le même sujet, les auteurs relatent les résultats de l'examen anatomique d'un cas ancien, dont la symptomatologie clinique donna lieu à une erreur de localisation. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, droitière, qui présentait des signes d'hypertension intracranienne avec troubles psychiques permettant de suspecter une atteinte frontale. La présence de troubles d'ordre aphasique, et la radiographie montrant une hyperostose dans la région frontale gauche, on fit une trépanation exploratrice de ce côté. Elle fut négative, et l'examen anatomique révéla un gros kyste à échinocoques du lobe frontal droit. La capsule présentait les trois couches classiques, épithéloïde, conjonctive et plasmocytaire. Description anatomo-pathologique de la lésion.

Les auteurs sont d'avis que l'examen hématologique, qui peut mettre sur la voie du diagnostic d'échinococcose, doit toujours être pratiqué chez les malades suspects de tumeur cérébrale.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion annuelle (18 décembre 1932).

Présidence : M. CHEVAL

Cette réunion, consacrée principalement à l'étude de la *physiologie et de la pathologie de l'olfaction,* était honorée de la présence de nombreux délégués étrangers : MM. Baldenweck, Hill, Rouget (Paris), Barré (Strasbourg), Reverchon (Lille), Collet (Lyon), Portmann (Bordeaux), van Iterson (Leyden), Quix et von Egmond (Utrecht), etc.

Présentation d'un malade, par M. P. MARTIN (de Bruxelles).

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années présentant dans la région occipitale une tumeur dure à croissance lente, mobile sur les plans profonds. Bourdonnements d'oreille à droite, déviation vers la droite dans la marche aveugle, céphalées temporales passagères, pas de signes cérébelleux, pas d'hypertension intra-cranienne actuellement. La radiographie montre une tumeur osseuse n'entamant pas la table interne ; il s'agirait d'ostéite fibreuse kystique comprimant le lobe droit du cervelet. L'auteur se propose d'extirper la tumeur.

Les réflexes psycho-galvaniques et le sens olfactif,
par M. VAN ITERSON (de Leyde).

L'auteur relate les expériences qu'il a effectuées à l'aide d'un appareil de précision permettant de faire arriver, par une soufflerie d'air, des matières odorantes au niveau de l'appareil olfactif d'un sujet relié à un galvanomètre

d'Einthoven. La technique permet d'isoler complètement le sujet de l'appareillage. On observe d'une manière constante une déviation du galvanomètre au moment de l'excitation olfactive. Celle-ci peut être dosée dans une certaine mesure, grâce à un système de chauffage des substances odorantes. Les modifications de résistance varient d'une manière considérable, d'après la température de l'excitant : elles augmentent avec la température, mais la réaction obtenue dépend dans une très large mesure des réactions précédentes.

Les réflexes olfactifs et leur valeur sémiologiques, par M. NYSSEN (d'Anvers).

Après avoir montré les difficultés de l'interprétation des réflexes olfactifs, résultant principalement du voisinage du trijumeau et des critères en partie subjectifs dont on doit faire usage, l'auteur relate toute une série d'expériences sur les variations des réactions respiratoires et pléthysmographiques au cours de l'excitation olfactive et sensitive.

Les réactions obtenues sont à peu près constantes chez le sujet normal et l'auteur a pu les comparer à celles qu'on obtient chez les anosmiques, les pseudo-anosmiques et dans un cas d'hystérie. Si ces réactions n'ont pas la valeur d'un critère objectif absolu, elles fournissent néanmoins des renseignements très utiles dans un examen d'ensemble.

Les troubles olfactifs dans les traumatismes cranio-cérébraux,
par MM. J. HELSMOORTEL jr., R. NYSSEN et THIENPONT (d'Anvers).

Les troubles olfactifs sont fréquents, surtout en cas de traumatisme grave. Leur présence est en faveur d'une origine organique dans les cas douteux. Les auteurs ont examiné 43 cas, avec contrôle radiographique, pour éliminer les cas de troubles olfactifs par sinusite. Dans l'anosmie totale, 3 cas sur 5 correspondaient à une fracture de l'ethmoïde.

Dans les anosmies partielles ou les hyposmies, une fracture n'a été relevée que dans 3 cas. C'est principalement dans les traumatismes de l'étage antérieur que les troubles olfactifs sont accusés.

Les troubles olfactifs dans les différentes affections neurologiques,
par M. BARRÉ (de Strasbourg).

Dans un brillant exposé, l'auteur relate les faits personnels qu'il a eu l'occasion d'observer, au cours de diverses affections, et insiste particulièrement sur l'importance des réactions vaso-motrices de la muqueuse nasale, qui sont très rapides et peuvent déterminer, par voie bulbaire, des modifications respiratoires et autres, qu'il faut se garder d'attribuer à l'olfaction proprement dite. D'autre part, l'hyperosmie est fréquente chez les sujets dont le système vaso-moteur est très sensible.

Dans les tumeurs frontales, les troubles peuvent être dus à la compression du bulbe olfactif. Cependant, on observe parfois l'anosmie du côté opposé à celui de la tumeur, même lorsqu'elle siège dans un autre lobe cérébral. Les voies centrales de l'olfaction sont mal connues et il est possible qu'il existe un chiasma olfactif. L'auteur décrit un cas d'hémianosmie par tumeur du lobe temporal gauche, qui semble ne pouvoir s'expliquer que par l'entrecroisement des voies olfactives.

Anosmies d'origine nasale, traumatique et nerveuse,
par M. COLLET (de Lyon).

L'auteur apporte une statistique personnelle des troubles olfactifs qu'il a observés, et envisage successivement les anosmies d'origine nasale (grippe, coryza, rhinite atrophique, polypes), d'origine traumatique (par lésions de la région frontale, mais aussi de l'occiput et même dans les traumatismes minimes), et enfin d'origine nerveuse (tabès, hémiplégie, névroses et psychoses).

En cas d'hémiplégie, l'altération de l'odorat est souvent beaucoup plus prononcée du côté opposé à la lésion. Celle-ci atteint souvent le noyau caudé.

Deux faits anatomiques doivent être envisagés dans l'interprétation de ces troubles : la ténuité et la fragilité des filets olfactifs et la situation très périphérique du neurone olfactif. Celui-ci est mal protégé et sa destruction représente la destruction du centre trophique du nerf olfactif.

La physiologie de l'olfaction, par M. HEYNINCKX (de Bruxelles).

L'auteur apporte une classification physique des odeurs en rapport avec une étude des bandes d'absorption ultra-violette des corps odorants.

Cette analyse spectrale des corps odorants aboutit à une classification, basée sur les dimensions de leurs lambdas, et qui comprend les sept odeurs fondamentales suivantes : l'âcre, le pourri, le fétide, le brûlé, l'épicé, le vanillé et l'éthéré.

Seule cette classification peut servir de base à l'olfactométrie, qui doit comporter la mesure de l'acuité sensorielle de tout le clavier olfactif, et fournir des courbes d'acuité olfactive analogues aux courbes d'acuité auditive d'Escat, par exemple. L'auteur a construit deux olfactomètres basés sur ces principes, mais leur mise au point n'est pas encore suffisante pour pouvoir en parler actuellement.

L'anosmie familiale,
par MM. R. NYSSEN, J. HELSMOORTEL jr. et THIENPONT (d'Anvers).

L'anosmie héréditaire est très rare, mais existe. Les arbres généalogiques montrent que la transmission se fait par le mode récessif. La cause anatomique du trouble est inconnue.

Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier une famille de 28 membres, dont 14 enfants sont morts en bas âge. Parmi les 14 survivants, on trouve 5 cas d'anosmie.

L'affection a été transmise par des personnes des deux sexes ; son hérédité se montre continue et affecte plusieurs générations. On ignore les antécédents du premier générateur connu. Il n'existe dans la famille ni tuberculose, ni syphilis ; pas d'alcoolisme, pas d'épilepsie. Les radiographies sont négatives quant à la conformation de l'ethmoïde, et un seul des sujets anosmiques présente des lésions endonasales qui pourraient expliquer son trouble.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Nouveau Traité de Psychologie, tome deuxième. Les fondements de la vie mentale, par Georges DUMAS, membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne (1 vol. in-8°, 612 pages, Félix Alcan, édit., Paris, 1932).

Le second volume du *Nouveau Traité de Psychologie* publié sous la direction du Professeur Georges Dumas, est consacré aux *Fondements de la vie mentale,* le premier ayant été consacré aux notions préliminaires et à la méthodologie.

Le livre premier traite des *réactions élémentaires.* MM. *G. Dumas* et *H. Piéron,* dans un très clair exposé de psychophysiologie intitulé *l'excitation et le mouvement,* étudient l'irritabilité cellulaire, l'irritabilité du neurone et le réflexe, l'inhibition, les réflexes sus-élémentaires, le tonus, les mouvements autochtones, la contraction des muscles striés et la fatigue musculaire, mécanismes importants de notre vie psychologique, qui jouent un rôle considérable dans l'adaptation de la vie physiologique à la vie sociale. C'est parce que l'individu est capable d'une action d'arrêt sur ses réflexes qu'il est susceptible d'éducation, au sens négatif du terme. C'est parce qu'il est capable de réflexes conditionnés de plus en plus étendus qu'il est susceptible d'acquisition dans l'ordre des habitudes sociales et morales. C'est enfin par la contraction de ses muscles striés qu'il est capable de ce rendement social qu'on appelle le travail.

Dans un second chapitre, M. *André Mayer* montre l'influence des perceptions, des sensations, des images, des états affectifs sur les sécrétions et les phénomènes sécrétoires accompagnant les émotions fortes. En fait, la question du *rapport des états psychiques et des sécrétions,* comme celle du rapport des états psychiques et de toutes les réactions somatiques, pose les problèmes les plus profonds de la psychophysiologie, et notamment celui de la mémoire, des images.

Dans le livre II, M. *B. Bourdon* étudie les *sensations* externes et internes, le toucher, l'ouïe, le sens statique (sens de l'espace), la vue, le goût et l'odorat, l'intensité des sensations, le ton affectif des sensations et la philosophie de la sensation.

Le livre III est consacré aux *états affectifs*. Dans une série de chapitres très personnels et d'un très grand intérêt, M. *Georges Dumas* résume ses travaux et ses idées sur le désagréable et l'agréable, la douleur et le plaisir, les chocs émotionnels, les émotions (tristesse, joie, peur, colère, données psychophysiologiques du laboratoire, mécanisme psychique originel des réactions organiques, nature de l'émotion), les besoins et leur socialisation, montrant que les besoins ont été, par leurs mécanismes, leurs significations et leurs résultats physiologiques, leur expression spontanée, la source abondante où la Société a puisé pour le langage mimique et plus encore pour le langage des mots une foule d'expressions musculaires ou verbales.

Dans un dernier chapitre de ce livre, M. *J. Larguier des Bancels* étudie les *tendances instinctives*, nommant instinctifs les actes que tous les représentants d'une espèce accomplissent de même, sans avoir eu besoin de les apprendre préalablement. Innéité, spécificité, tels sont les deux caractères essentiels de l'instinct. Nombreux sont les instincts de l'homme et un inventaire des instincts ne saurait être que provisoire. L'adaptation de l'instinct est une adaptation d'ordre général. Il est impossible d'identifier l'émotion à l'instinct. Elle n'en est pas la contre-partie, mais « le raté ». L'émotif vrai est celui chez qui, de règle, l'émotion remplace l'instinct.

Le deuxième volume se termine (livre IV) par une importante étude consacrée aux *Images* par M. *I. Meyerson* qui en donne la définition provisoire suivante : contenus de conscience sensibles, concrets, ayant quelque rapport avec le monde des choses, les objets ou les situations, le réel, et nous les rappelant de quelque manière ou, si l'on préfère, nous ramenant à eux de quelque manière ; survenant en dehors de toute perception actuelle, en dehors de toute stimulation actuelle des organes des sens, ou du moins sans rapport avec une stimulation actuelle des organes des sens ; apparaissant spontanément ou après un effort d'évocation ou de recherche. Dans un exposé à la fois très documenté et très clair, M. I. Meyerson discute la place de l'image dans la pensée normale. L'image sert de signe. Elle est un substitut ; elle a un contenu intellectuel, elle est l'indication d'une réalité logique ; elle n'est jamais complètement isolée, elle est un complexe : le signifiant et le signifié, le « sensible » et l' « intelligible » s'y mêlent, formant un tout indissoluble. Sous ses formes diverses, la pensée est une. La réalité psychologique ne connaît pas de formes pures. A cet ensemble déjà si touffu se mêlent des états affectifs, des volitions, des sensations, des mouvements ou des mouvements ébauchés. C'est pourquoi l'analyse de l'image la trouve si souvent portée par une tendance, soutenue par une sensation ou un mouvement, colorée par un sentiment. Tout varie dans les images : la matière et la forme, le sens et le contenu, la clarté et l'intensité, la stabilité et la pureté. Mais à travers cette variété infinie d'apparences, nous sentons profondément une unité de fonction. Les images sont de la pensée, elles sont une figuration de la pensée, elles sont des signes. Elles sont des formes successives que la pensée essaie.

Il est assurément impossible d'évoquer ici en un bref compte rendu l'intérêt considérable de ce deuxième volume, suite remarquable et homogène d'exposés didactiques et de mises au point originales, d'une lecture facile. La simple énumération des noms des auteurs et des titres des chapitres eût suffi à indiquer la place d'honneur réservée à cet ouvrage dans toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

René CHARPENTIER.

L'année psychologique (32e Année, 1931), publiée par Henri Piéron, professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne. Co-Directeur de l'Institut National d'Orientation professionnelle. (2 vol. in-8°, 950 pages, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine,* Félix Alcan, édit., Paris 1932).

Ce trente-deuxième volume de l'*Année Psychologique,* offre, dans sa partie originale, une remarquable variété de travaux, qui montrent bien combien sont diverses les voies où se poursuivent actuellement les recherches expérimentales en Psychologie : la Psychophysiologie est représentée par deux Mémoires, l'un de H. Piéron sur *La Sensation chromatique, Données sur la latence propre et l'établissement des sensations de couleur,* qui apporte les résultats des expériences que poursuit dans ce domaine depuis longtemps déjà, le Directeur de l'*Année Psychologique,* et un autre de G. Durup, sur *La Complexité des impressions de mouvement consécutives d'ordre visuel,* ainsi que par une intéressante note de E. Toulouse, G. d'Heucqueville et B. Neoussikine, qui envisage *L'Emotivité et la chronaxie de subordination.* Un important Mémoire de A. Fessard sur *Les rythmes nerveux et les oscillations de relaxation,* est à la limite de la Psychologie et de la Physiologie pure. La Psychologie du Travail et de l'apprentissage voit à son actif trois nouvelles contributions : un Mémoire de M. Foucault sur *Le Travail mental sans mouvements* qui complète les travaux précédents de l'auteur sur cette question, un autre de A. Chweitzer sur *L'Etude expérimentale de la courbe d'apprentissage,* et une note de E. Schreider qui envisage avec une fine pénétration le rôle de *quelques phénomènes d'ambivalence et de refoulement dans la Psychologie du Travail.* La Psychologie animale est représentée par un travail original de F.-L. Ruch sur *L'Appréciation du Temps chez le rat blanc.* Enfin un dernier Mémoire se rapporte au domaine de la sélection professionnelle par l'emploi des méthodes psychotechniques, celui de J.-M. Lahy et S. Korngold sur la *Sélection des opératrices de machines comptables.*

A cette partie originale s'ajoute comme toujours une partie de comptes rendus bibliographiques, très importante. Cette année, vingt-cinq collaborateurs ont apporté leur travail à la rédaction de seize cent soixante-dix analyses, qui traduisent le mouvement psychologique du monde entier en 1931, par le dépouillement méthodique de 141 périodiques de toutes langues; sans compter les volumes proprement dits. L'instrument de travail qu'est l'*Année Psychologique* continue donc, par la publication de ce nouveau tome, à s'avérer comme le plus important qui paraisse en France et sans doute en Europe. Enfin il faut citer la *Chronique* toujours si vivante et bien documentée de H. Piéron, et dans la Correspondance une lettre importante de C. Spearman, contenant, un *Appel à la collaboration en Psychologie individuelle.*

L. R.

La psychognomie. Lecture méthodique et pratique du caractère et des aptitudes, à l'usage des éducateurs et des dirigeants, par M. Paul Bouts et le Dr Camile Bouts (1 vol. grand in-8°, 210 pages, 90 figures. Librairie Félix Alcan, Paris, 1932).

« *D'emblée,* écrit M. Paul Bouts, la psychognomie vous livrera les secrets du monde intérieur de ceux que vous rencontrerez dans la vie. » C'est à la réalisation de ce programme ambitieux, que s'attache cet ouvrage destiné

surtout aux pédagogues, et que sont appelés à compléter des films pédagogiques sur « la lecture méthodique et pratique du caractère ».

Pour *MM. Camille et Paul Bouts,* la psychognomie (de ψῦχη : âme, et γνῶμη : indice extérieur), « diagnostic des recoins les plus cachés de la personnalité », constitue l'*unique base* de la pédagogie individuelle, c'est-à-dire du traitement moral, scolaire et médico-pédagogique et de l'art de « manier et conduire les hommes ». Ils la considèrent comme une science auxiliaire de la Criminologie, de la Police scientifique, de la Psychiatrie et de l'Orientation professionnelle. Continuateurs de Gall, *MM. Camille et Paul Bouts* ont avant tout pour but d'initier le lecteur à la pratique du diagnostic psychognomique (phrénologie, caractérologie pratique, diagnostic cranio-facial, diagnostic graphologique, révélations des tempéraments et des diathèses, etc.). Ils estiment que dans le travail du Professeur Ernst Kretschmer (*Körperbau ùnd Character*) la délimitation de types psychologiques se ressent de l'insuffisance du diagnostic cranio-facial.

Ce livre est donc un manuel pratique, à l'usage des éducateurs, maîtres ou parents, exposé rempli de conseils, d'exemples et d'exercices d'application, écrit avec une foi ardente en une méthode morphologique aboutissant à des diagnostics régionaux d'une précision qui causera quelque surprise au lecteur. Les auteurs posent d'ailleurs en principe que lorsque le diagnostic phrénologique se trouve contredit par des débilités mentales ou morales qui ne s'expliquent pas par d'autres causes, il faut supposer une encéphalopathie.

René Charpentier.

PSYCHIATRIE

Avec les fous. Angoisses, par Joseph Rivière. *Préface du* Dr Raoul Leroy, médecin-chef de l'Asile Clinique (Saint-Anne) (1 vol. in-12, 228 pages, *Le Mercure Universel,* Valentin Bresle, édit., Paris, 1932).

Ce livre n'est pas un roman, écrit dans la *Préface* le *Dr Raoul Leroy,* mais bien le récit de scènes vécues, la description médicale et pittoresque des troubles intellectuels si variés qui peuvent exister chez les aliénés, sur lesquels le grand public conserve tant de préjugés et tant d'erreurs. Une des premières impressions de *M. Joseph Rivière* dans cet exposé vivant, sincère et impartial, de ce qu'il a vu, est que l'Asile Sainte-Anne est un « véritable hôpital ». Assertion qui ne surprendra aucun de ceux qui connaissent cet Etablissement, mais étonnera beaucoup de ceux qui en parlent sans le connaître suffisamment, sans se rendre compte ni de l'évolution de la thérapeutique psychiatrique ni des efforts réalisés en France par les médecins des Asiles publics d'aliénés, malgré des crédits chichement accordés et inégalement répartis.

Des descriptions cliniques, riches et variées, sont destinées, par leur aspect théâtral ou romanesque, à retenir l'attention du lecteur et à lui faire comprendre la diversité, l'abondance et l'intensité des troubles de l'esprit. Une des surprises que l'on éprouve à la lecture de ce livre est qu'écrit pour le grand public, il ne soit pas seulement un reportage imagé mais une œuvre didactique. On y trouve même le traitement de la paralysie générale.

On y trouve aussi, et je le regrette, des abréviations telles que P. G....., D. P.,

dont l'usage ne s'impose vraiment pas en psychiatrie et peut paraître encore moins indispensable dans un ouvrage littéraire. Cette mode, d'une extension abusive, aboutit trop souvent à remplacer le langage écrit par de véritables rébus à solutions multiples. Les mêmes lettres représentent souvent des mots différents. Suivant les époques et les milieux, les lettres P. G. désignent aussi bien un paralytique général ou un prisonnier de guerre,... qu'un procureur général... Et pour quel avantage ?

Les asiles, écrit M. Joseph Rivière, sont une école de philosophie. Nous y constatons le peu que nous sommes, la fragilité de notre organisme. En une formule que ne désavouerait pas M. Jules Romains, il assure même que « la santé n'est que l'antichambre de la maladie ». Les descriptions de l'auteur, les renseignements que contient son exposé, sont pour le lecteur attentif une profitable leçon d'hygiène et de prophylaxie. Ce sont, à mon sens, les principales qualités de ce livre, que de lutter courageusement contre des préjugés et d'attirer l'attention sur des dangers souvent évitables.

Dans *Angoisses,* M. Joseph Rivière décrit avec une fine sensibilité les affres de l'amour filial et les sentiments inspirés par le séjour dans une clinique chirurgicale. Là encore, peut-être, pour nous médecins tout au moins, la richesse documentaire de certains chapitres étouffe-t-elle un peu l'atmosphère poignante du récit principal. Mais ce n'est pas pour nous qu'a écrit l'auteur. Soyons lui reconnaissants, en même temps que d'un effort de compréhension bienveillante à l'égard de nos malades et de notre tâche quotidienne, d'avoir si bien exprimé en des pages vraiment émotionnantes le douloureux calvaire de l'attente anxieuse. « Attendre ! L'attente est longue, dans l'inquiétude qui croît, et dans le doute qui grandit... Attendre... »

René Charpentier.

Psychologie pathologique du suicide, par F. Achille Delmas, (1 vol. de 237 pages, Alcan édit., Paris, 1933).

La première partie intitulée : « Critique de la thèse sociologique » est une condamnation radicale de la valeur scientifique des statistiques. Etablies suivant des méthodes différentes et par des statisticiens différents, elles sont toutes inéluctablement viciées par négligence, omission ou erreur. En matière de suicide, les difficultés inhérentes à l'identification du suicide réel, les efforts du défunt ou des survivants pour le dissimuler, la non-figuration des tentatives de suicide ajoutent de nouveaux obstacles à la saisie par les statistiques de ce qu'elles recherchent, et suffiraient à les rendre inutilisables.

La deuxième partie intitulée : « Psychopathologie du suicide » est une affirmation de la nature toujours pathologique du suicide.

Le suicide est « l'acte par lequel un homme lucide, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir sans nécessité éthique ». Dans ce cas, l'acte fatal est tout personnel, conçu et exécuté par l'individu seul ; et la mort est recherchée pour elle-même. Il constitue essentiellement une violation de l'instinct de conservation et par cette monstruosité même, soulève l'étonnement de tout homme normal.

Le pseudosuicide ou homicide de soi-même, doit en être distingué. Il est l'acte par lequel se donne la mort tout homme qui ne peut pas choisir de vivre, soit parce qu'il ne veut pas ce qu'il fait (suicide accident), soit parce qu'il ne sait pas ce qu'il fait (suicide démence), soit parce qu'il se

sent contraint à le faire par les lois ou les coutumes (suicide contrainte de Socrate, des veuves indiennes, etc.) ou par un idéal (suicide éthisme du capitaine se laissant couler avec son vaisseau) ou pour échapper à des souffrances (suicide euthanasie). Dans tous ces cas, l'acte fatal est un acte non personnel, imposé par les circonstances et la mort n'est pas recherchée pour elle-même. Aussi l'homme normal n'éprouve-t-il pas grande émotion devant cet acte qu'il comprend et qu'il serait lui-même capable d'accomplir.

Le suicide vrai, toujours pathologique, a toujours pour condition la même perturbation cénesthésique : l'anxiété. Et celle-ci ne se réalise que dans deux psychoses : la psychose maniaque dépressive et la psychose hyperémotive. A la psychose maniaque dépressive ressortissent 90 0/0 des suicides, à la psychose hyperémotive en ressortissent 10 0/0.

L'addition d'une constitution paranoïaque ou perverse à l'une ou à l'autre des deux constitutions cyclothymique et hyperémotive inhibe le suicide que l'on ne constate guère que chez des individus altruistes.

Les causes sociales, abandon, trahison, deuil, ruine, sont susceptibles de déclancher les accès d'anxiété, mais non de les créer. Les thèses sociologiques, dont la dernière est celle d'Halbwachs, sont démenties par les faits.

Cet ouvrage est écrit avec la richesse documentaire, l'ardeur entraînante, la dialectique tenace et l'assurance hardie qui caractérisent tous les ouvrages de l'auteur. Irréfutable est la critique parfois cruelle des prétentions sociologiques en matière médicale. Irréfutable est également la conception du suicide, réaction d'un état biologique particulier, sans lequel les causes sociales sont inopérantes.

Beaucoup moins irréfutable est l'affirmation de la nature toujours pathologique de cet état biologique. La négation du suicide non pathologique repose sur trois arguments dont aucun n'est convaincant : l'auteur n'en a jamais vu ; un accès d'anxiété a toujours existé au moment où les suicidés illustres de l'antiquité se donnèrent la mort, l'hypothèse du suicide de sujets indemnes d'hyperémotivité constitutionnelle soulèverait d'insurmontables difficultés d'interprétation.

La possibilité et l'impossibilité d'expliquer un phénomène sont sans rapport avec sa réalité. Nombreux sont, en biologie, les phénomènes incontestables et incontestés qu'on ne peut expliquer ou dont les explications furent caduques. Avant d'expliquer un fait, il faut commencer par l'établir. L'expérience personnelle n'y suffit pas toujours et les données de l'histoire y sont d'autant plus impuissantes qu'elles remontent à un passé plus lointain. Très sagace et parfois sans doute très juste est le diagnostic rétrospectif de Delmas sur les suicidés de Plutarque. Mais quel dommage qu'il ne se soit pas exercé dans le domaine de l'histoire contemporaine, où la documentation est infiniment plus facile à compléter.

Il eût trouvé là au moins 3 suicides, dont l'explication par des motifs pathologiques ne paraît guère plausible. Ceux du socialiste Lafargue et de sa femme, survenus en 1911, celui de Mme Sembat, survenu en 1927, qui tous avaient été prédits, de nombreuses années à l'avance par leurs auteurs, pour le jour où se réaliseraient les circonstances dans lesquelles ils s'accomplirent.

Ces cas légitiment la conception d'un suicide non pathologique, dont on s'efforcera dans un prochain numéro de démontrer l'existence, suicide qui plus que celui des anxieux est conforme à la définition donnée

par Delmas. En effet, la recherche de la mort y est beaucoup plus évidente que dans l'anxiété, où le sujet paraît rechercher davantage la fin de son angoisse que la fin de sa vie.

Tel quel, ce nouveau livre de Delmas, comme les précédents d'ailleurs, tant par les persuasions qu'il obtient que par les objections qu'il éveille, est d'une lecture aussi fructueuse que captivante.

Paul COURBON.

De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, par Jacques LACAN. (*Thèse Paris*, 1932, 382 p. Le François éditeur.)

M. Lacan fait d'abord l'histoire critique des psychoses paranoïaques et spécialement des formes transitoires en résumant de façon très intéressante les théories allemandes contemporaines.

Il expose ensuite ses idées personnelles. Pour lui, un groupe de psychoses paranoïaques (par. de revendication, par. d'auto-punition) est caractérisé par une évolution anormale de la personnalité. Cette imperfection précoce réagit sur toute la vie du sujet, dans ses relations avec la société au point de vue affectif et vital. La psychose n'est pas un fait nouveau, une néoplasie, mais le développement même de la personnalité dans le milieu où elle vit. La personnalité doit être étudiée objectivement. Les caractères que Lacan trouve « objectifs » sont : 1° La personnalité est un développement, un progrès ; dans ce progrès, les événements qui sont les chocs et les objections de la réalité ont une influence déterminante. Les étapes chronologiques de la personnalité ne sont pas des ruptures, mais une évolution dont les stades successifs sont compréhensibles pour les autres. 2° La personnalité est une intentionnalité, c'est-à-dire une tendance à croire, à affirmer, à agir dans le présent et dans l'avenir, en sentant qu'on croit qu'on affirme, qu'on agit. 3° La personnalité est fonction des tensions sociales qui, dans l'état social actuel, implique la responsabilité. Les manifestations de la personnalité comportent une conception de soi-même plus ou moins idéale et des liens de participation ethique à la société.

Cette personnalité ainsi définie « joue sur des mécanismes de nature organique », conscients ou inconscients. Jouer, ici, veut dire qu'elle organise ces mécanismes. Grave question à laquelle Lacan ne s'arrête pas. Nous comprenons bien que nos impressions sensorielles, par exemple, que notre langage puissent jouer sur des mécanismes nerveux, modifier les frayages, arriver à y fixer d'une manière ou d'une autre les apports successifs du monde extérieur. Mais nous ne sommes pas des enregistreurs passifs. Si nos expériences modèlent notre cerveau, notre cerveau les modèle aussi. Est-il certain, par exemple, que l'intentionnalité, au sens de Lacan, ne soit pas au contraire le résultat de l'activité de certains mécanismes nerveux qui, dans les cas pathologiques, peuvent être atteints par imperfection transmise héréditairement ou par maladie exogène. Lacan ne pose pas la question de l'origine de la personnalité ou au moins ne la discute pas. Il admet *a priori* qu'elle part d'un état primitif *neutre* et qu'elle se constitue par relations d'ordre psychogénique avec le monde extérieur.

Ce mot nous amène à la définition que donne l'auteur de la psychogénie en psycho-pathologie. Sont psychogéniques les symptômes — physiques ou mentaux, « dont les causes s'expriment en fonction des mécanis-

mes complexes de la personnalité, par exemple quand l'événement causal n'est déterminant qu'en fonction de l'histoire du sujet ; quand le symptôme reflète dans sa forme un événement de l'histoire psychique du sujet ; quand le traitement peut dépendre d'une modification de la situation vitale correspondante ». Il est vrai que Lacan concède que le symptôme en question n'en repose pas moins sur des bases organiques et parfois sur des lésions notables. Mais alors nous pouvons répondre : « Ce qui est psychogénique, ce n'est pas le symptôme primitif lui-même, ce n'est pas le trouble générateur, mais simplement sa forme, sa couleur. Tous les psychiatres admettent que les thèmes délirants et leurs éléments sont constitués avec le psychisme antérieur du malade, mais leur cause profonde peut être une atteinte organique.

Vient ensuite un chapitre où sont finement opposées la conception de l'auteur et les thèses caractérologique et constitutionnaliste. Lacan montre que ces dernières nous font connaître des types standard de psychisme si nous osons ainsi parler, et non pas des individualités psychiquement vivantes. Il conclut que « déterminer d'une part dans quelle mesure les psychoses paranoïaques dans leur évolution et leur sémiologie mettent en jeu la personnalité — rapporter d'autre part la psychose paranoïaque à une prédisposition constitutionnelle..., ce sont là deux problèmes différents ». Sans doute, mais il nous semble que le second tend à la recherche de causes plus profondes, alors que le premier s'attache seulement à la forme contingente et individuelle de tel ou tel symptôme. Mais il y a plus, emporté par l'intérêt de l'étude de la personnalité, l'auteur nous semble oublier sa remarque si exacte et veut tout expliquer par le premier problème. Dans ses conclusions, quand il énumère les causes des psychoses paranoïaques, il fait appel seulement : 1° à des causes organiques déterminant simplement le déclenchement des symptômes ; 2° à des conflits vitaux qui déterminent la structure et la permanence des symptômes ; 3° à un facteur pathogénique (altération de la personnalité), qui est la cause spécifique de la réaction par la psychose. Cette anomalie de la personnalité résulte d'une fixation affective au stade infantile, où se forme le Sur-Moi par l'assimilation à la personnalité des contraintes parentales ou de leurs substituts. Pas plus que les psychanalystes, Lacan ne pose la question de savoir *pourquoi* tel individu supporte mal cette crise de la formation du Sur-Moi alors que les autres restent normaux. Il faut pourtant, pour expliquer ce stade essentiel, début réel de la maladie, une cause organique ou des chocs psychiques d'une réelle importance. Sinon les paranoïaques seraient simplement des enfants mal élevés vers l'âge de deux ou trois ans.

L'auteur base sa théorie sur une vingtaine d'observations ; il en donne une avec grands détails (200 pages). C'est le cas Aimé ou la Paranoïa d'autopunition. Aucun résumé de l'observation et de la discussion n'est possible, il faut lire le texte.

Nous devons souligner la vigueur de la pensée de Lacan et de sa conviction volontiers agressive. Le style est extrêmement soigné ; il participe à la fois de l'écriture artiste et de la complexité philosophique. A notre époque de célérité et de démocratie, ce n'est pas un moyen sûr de diffuser ses idées ; elles auraient gagné à plus de simplicité.

P. GUIRAUD.

La constitution physique des paralytiques généraux, *contenant un* **essai sur les tempéraments,** par le Dr Louis Corman, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec 10 figures dans le texte et 33 lithographies hors texte (*Thèse* Paris, 1932, et 1 vol. in-8°, 336 pages, G. Doin et Cie, éd., 1933).

M. Louis Corman cherche la raison du pourcentage relativement minime des paralytiques généraux par rapport au nombre considérable des syphilisés. Eliminant les hypothèses de l'insuffisance de traitement et d'une variété neurotrope du virus, il défend avec Sézary celle de la prédisposition du terrain, prédisposition constitutionnelle, c'est-à-dire innée et évolutive, bien plutôt qu'acquise et accidentelle.

Pour Sézary la syphilis ne frappe pas pareillement le système nerveux de tous les syphilitiques en raison de l'inégalité des réactions défensives de leurs organismes. Quand l'infection atteint un sujet « neuf », la peau et les muqueuses sont immédiatement envahies et leurs réactions assurent l'immunisation du reste de l'organisme, c'est-à-dire des viscères et du système nerveux ; mais dans les familles ou chez les peuples héréditairement tarés par la syphilis il s'établit à la longue une immunité partielle du tégument, dont la barrière protectrice ne joue plus ; les viscères et le système nerveux sont alors atteints plus ou moins rapidement par le tréponème et leur envahissement n'est habituellement précédé que par de très discrètes manifestations cutanéo-muqueuses.

Elargissant cette conception de la prédisposition à la paralysie générale en égard à certaines propriétés tissulaires et humorales d'immunité, Corman veut chercher dans l'étude des activités fonctionnelles de l'organisme, c'est-à-dire du *tempérament,* son procédé d'immunisation. Frappé par la fréquence chez les paralytiques généraux d'attributs morphologiques et fonctionnels dont la réunion formait un véritable type constitutionnel, il pense, en effet, que le tempérament individuel joue un rôle d'une réelle importance dans la genèse de la paralysie générale.

Les anciens auteurs, avec Bayle, avaient déjà remarqué que le tempérament sanguin prédisposait à l'évolution d'une paralysie générale. Les modernes, à la suite des études de Kretschmer sur la morphologie des aliénés, relèvent la fréquence chez les paralytiques généraux du type piknique ou piknique athlétique, identique au type sanguin de la terminologie humorale.

Examinant ses malades au point de vue des trois aspects physiologique, psychologique et morphologique de leur tempérament, Corman conclut à leur prédisposition constitutionnelle, révélée par une « exubérance nutritive », la propension à la colère avec une immunité spéciale à l'égard des psychoses ou névroses, l'expansion enfin des formes avec embonpoint et coloration du teint. Ce type est celui de l'hypoexcitable, de forme dilatée, chez lequel la lésion déborde l'irritation, et qui s'oppose à l'hyperexcitable, de forme rétractée, chez lequel l'irritation déborde la lésion, type du candidat aux névroses et aux psychoses, notamment à la démence précoce.

De nombreux dessins et des planches hors-texte illustrent ce travail d'une réelle importance et en rehaussent encore l'originalité.

Roger Dupouy.

Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthènie, par A. DESCHAMPS et J. VINCHON. Quatrième édition (1 vol. in-8°, 424 pages. Félix Alcan, édit., Paris, 1932).

Cette nouvelle édition affirme le succès continu de cet ouvrage dans lequel *Albert Deschamps* a consigné les résultats de son expérience. Pour « tout comprendre », écrit-il, il est quelquefois nécessaire de « tout sentir ». Déjà, dans l'édition précédente (1), *M. J. Vinchon,* sur des notes éparses interrompues par la mort, a apporté les retouches et les compléments désirés par l'auteur en respectant ses idées directrices. On retrouvera ici l'exposé des notions étiologiques, des chapitres de sémeiologie sur la fatigabilité, la faiblesse irritable, l'impossibilité de l'entraînement, le déficit fonctionnel, des règles de thérapeutique prudente longuement exposées et qui se limitent à des médicaments simples compléments d'une hygiène sur laquelle *M. Albert Deschamps* a longuement et heureusement insisté.

R. C.

Comment diagnostiquer, comment traiter les maladies mentales, par L. NEUBERGER (1 vol. in-8°, 424 pages, Editions Médicales, Norbert Maloine, Paris, 1932).

Dans ce manuel, conçu spécialement pour les praticiens, après un schéma d'examen clinique d'un malade présentant des troubles mentaux et un chapitre de rudiments de psychiatrie infantile, l'auteur classe et étudie les maladies mentales en 3 groupes : les psychopathies constitutionnelles (constitution émotive et psychasthénie ; constitution cycloïde et manie-mélancolie ; constitution paranoïaque et délires chroniques ; constitution mythomaniaque et hystérie ; constitutions schizoïde et épileptoïde), les psychopathies organiques (syphilis cérébrale et paralysie générale ; démence précoce et schizophrénie ; artério-sclérose cérébrale et démence organique ; démence sénile ; aphasies ; traumatismes, abcès et tumeurs du cerveau) ; et les psychopathies toxiques (confusion mentale, neurasthénie, équivalents psychiques de l'épilepsie, troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique, psychonévraxites, alcoolisme chronique, toxicomanies).

Un guide d'exploration méthodique, un lexique, des tableaux de diagnostic différentiel sont destinés à faciliter la lecture de ce précis dans lequel l'auteur s'attache particulièrement à mettre en évidence les facteurs de pronostic et la conduite à suivre.

L. R.

NEUROLOGIE

Recherches expérimentales sur la circulation cérébrale et ses troubles, par Jacques LEY (de Bruxelles). *Travail du laboratoire de la Clinique psychiatrique et neurologique du Professeur K. Herman Bouman à l'Université d'Amsterdam* (1 brochure in-8°, 62 pages, éditée par les soins du « R. A. Laan-Fonds », De Erven F. Bohn N. V., Harlem, 1932).

Continuant des recherches entreprises sous la direction de Ch. Foix, *M. Jacques Ley,* chargé de recherches par le *Remmert Adriaan Laan-Fonds*

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques,* février 1928, page 146.

(1928-1929) rend compte ici de ses intéressantes expériences pour provoquer chez le lapin des troubles circulatoires cérébraux par des moyens autres que la ligature artérielle ou l'embolie.

Dans un premier chapitre l'auteur étudie la distribution générale des principaux troncs artériels dans le cerveau du lapin. Il établit que la distribution des principaux troncs artériels de la base du cerveau ne présente pas de différences essentielles chez le lapin par rapport aux autres mammifères et que, contrairement à l'opinion de Krause, il existe un cercle artériel complet à la base de l'encéphale du lapin.

Le second chapitre est consacré à l'exposé des expériences ayant pour but d'étudier les réactions vasculaires cérébrales sous l'influence de divers excitants et les conditions dans lesquelles ces réactions sont le plus intense. Dans 25 cas, ces réactions ont été étudiées par observation microscopique directe après trépanation, sous l'action d'excitants physiques et chimiques, avec ou sans ablation du ganglion cervical supérieur.

Dans la troisième partie de ce travail, M. Jacques Ley expose les résultats de ses tentatives pour provoquer des lésions artérielles et des troubles circulatoires cérébraux. L'abondance des grosses anastomoses artérielles au niveau de la pie-mère établissant de nombreuses voies de suppléance, la brièveté des spasmes artériels obtenus sous l'action de substances vaso-constrictives dont l'action par voie intraveineuse paraît très réduite, rendaient particulièrement difficile la réalisation expérimentale de troubles circulatoires cérébraux. Chez trente lapins, l'auteur a tenté de provoquer des lésions du système artériel. Il résulte de ces expériences que s'il est relativement aisé de déterminer chez le lapin des lésions artérielles diverses atteignant l'aorte et les artères de certains organes, il n'en est pas de même pour les artères cérébrales. M. Jacques Ley émet l'hypothèse que cette résistance relative est due à la faiblesse de l'innervation vaso-constrictrice de ces artères.

En conclusion, les diverses expériences réalisées sur le lapin (chute de la tension artérielle, administration de produits vaso-constricteurs avec ou sans alcalinisation humorale préalable, choc sérique) sont insuffisantes à provoquer des phénomènes ischémiques au niveau du cerveau lorsque les artères de cet organe ne sont pas lésées.

La production de troubles circulatoires locaux par lésions des artères cérébrales n'ayant pu être réalisée, il a été impossible de vérifier si la lésion artérielle étant la cause principale du ramollissement cérébral, la cause occasionnelle n'en devrait pas être cherchée soit dans un spasme vasculaire plus ou moins intense ou durable, soit dans des modifications de la tension artérielle générale ou locale, en rapport peut-être avec un état de choc, soit enfin dans des phénomènes d'ordre toxique. Hypothèse que les résultats de ce patient et consciencieux travail ne permettent ni d'infirmer ni de confirmer.

René Charpentier.

Contribution à l'étude des syndromes infundibulo-tubériens. La syphilis infundibulaire, par Nicolas Kyriaco (1 vol. in-8°, 238 pages, Norbert Maloine, édit., *Thèse Paris, 1932*).

Excellent exposé d'un chapitre nouveau de la nosologie, ce travail est consacré à l'étude des manifestations pathologiques observées dans des cas de syphilis basilaire localisée particulièrement au niveau du plancher du

3e ventricule. Ces syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques, cette syphilis infundibulaire, ont pu être mis en évidence grâce aux beaux travaux de Jean Camus, de Roussy, de Lhermitte qui ont abouti, comme l'on sait, à déposséder l'hypophyse d'un grand nombre des fonctions qu'on lui attribuait avant eux. *M. N. Kyriaco,* rapportant ici 16 observations, dont plusieurs personnelles, expose successivement l'état de la question tant au point de vue anatomo-physiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique, clinique, et thérapeutique.

Signalant la fréquence de cette localisation de l'infection syphilitique, héréditaire ou acquise, il montre que les symptômes majeurs sont : le diabète insipide, le syndrome adiposo-génital et les crises de narcolepsie, tandis que : la glycosurie, les troubles de la régulation thermique, et des troubles psychiques constituent les syndromes mineurs. L'existence de ces divers syndromes, leur groupement suivant des modalités variables et complexes, doit toujours faire penser à la possibilité d'une étiologie syphilitique que confirmeront souvent les examens cliniques et sérologiques. Des améliorations considérables pourront alors, surtout dans les cas récents, suivre l'institution d'une thérapeutique rationnelle, basée sur le diagnostic étiologique.

Des recherches de Lhermitte, il résulte que, dans l'immense majorité des cas, le syndrome infundibulo-tubérien syphilitique est commandé par un processus de méningo-encéphalite. Et des examens anatomo-pathologiques, on peut conclure : 1° que toute lésion purement limitée à la région infundibulo-tubérienne provoque : de la polyurie, de la glycosurie, le syndrome adiposo-génital, des troubles du sommeil à type de narcolepsie ; 2° qu'une lésion strictement limitée à l'hypophyse ne produit pas ces troubles.

La lésion causale, déterminante, de ces syndromes siège non dans l'hypophyse, mais dans l'infundibulo-tuber, et tout un ensemble de faits rapportés à la syphilis hypophysaire sont en réalité des cas de syphilis de la région infundibulo-tubérienne. Telle est la conclusion du travail très documenté de M. Kyriaco, excellente mise au point appuyée d'intéressantes observations personnelles et terminée par un précieux index bibliographique de cette importante question.

René Charpentier.

La céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire, par le Docteur Fr. Gontier. (*Thèse Lyon*, 1932, 77 pages (Bosc frères et Riou, éditeurs).

Le syndrome de l'Apex Orbitaire est dû à une lésion se développant sur le pourtour de la fente sphénoïdale et envahissant le canal optique. Trois principales causes le déterminent à savoir : le traumatisme direct ou indirect, la syphilis et le cancer.

Il est caractérisé par des troubles sensitifs, sensoriels, veineux et sympathiques, par de l'exophtalmie et par les phénomènes de la céphalée. C'est ce point particulier que l'auteur a étudié.

La céphalée, due à une compression ou à une irritation des éléments sensitifs, débute le plus souvent de façon lente et progressive avant que soient apparus les troubles oculaires ; son siège le plus fréquent est surtout frontal, temporo-pariétal et intra-orbitaire. Il s'agit d'une céphalée intense, continue, avec périodes d'exacerbations et dont le diagnostic étiologique est difficile à la phase de début de l'affection.

C'est surtout lorsque la syphilis est en cause que le traitement se montre efficace (cyanure de mercure, iodure, bismuth). Dans le cancer, l'intervention

chirurgicale échouera souvent ; la radiumthérapie pourra apporter une sédation éphémère des douleurs. Dans le traumatisme, l'intervention donnera quelquefois de bons résultats.

E. LARRIVÉ.

ANATOMIE

Anatomie Médico-Chirurgicale du système nerveux végétatif. *Sympathique et parasympathique*, par J DELMAS et G. LAUX. *Préface* du Professeur Pierre DUVAL. (1 vol. grand in-8°, 266 pages, Masson et Cie édit., Paris 1933).

Le livre de *MM. J. Delmas et G. Laux,* écrit dans la Préface le *Professeur Pierre Duval,* est une œuvre de haute originalité d'où se dégage une philosophie nouvelle de l'anatomie descriptive. Leur conception de subordonner la description anatomique d'un organe à l'idée dominante de sa fonction ne peut être qu'une source de remarquable enseignement pour des médecins et peut être considérée comme la véritable formule de l'anatomie médico-chirurgicale.

Envisageant dans une seule étude l'anatomie du sympathique et celle du parasympathique, avec une tendance nettement médico-chirurgicale, ce livre, avant tout soucieux de synthèse et de clarté, réunit sous un faible volume des faits essentiels habituellement épars, groupés ici sous un angle très personnel.

101 figures ou schémas, 15 planches, un index bibliographique facilitent la tâche du lecteur de ce très beau livre consacré à l'ensemble des éléments nerveux qui président à la marche des phénomènes de la vie végétative, au « système nerveux fondamental de la vie cellulaire ». De ce « nerf diffus » (Guillaume), MM. J. Delmas et G. Laux étudient d'abord la constitution et la systématisation histologiques. Les chapitres suivants sont consacrés au système nerveux organo-végétatif intra-axial, centres gris et voies ; au système organo-végétatif extra-axial ou périphérique, ortho et parasympathique ; à la systématisation générale de l'appareil neuro-végétatif ; et aux voies d'accès chirurgicales.

Suivant la conclusion du Professeur Pierre Duval, le livre de MM. Jean Delmas et G. Laux sera un des « classiques » de la médecine.

René CHARPENTIER.

L'état réactionnel. Evolution du tissu lymphoïde en réaction, par A. GUIEYSSE-PELLISSIER. (54 figures, 224 pages, Félix Alcan, édit., Paris 1932).

Pour l'auteur, il existe un état intermédiaire, à la limite de l'histologie et de l'anatomo-pathologie ; il appelle cet état intermédiaire l'état réactionnel, dans lequel l'organisme réagit contre des causes faiblement nocives sans pour cela tomber dans un état pathologique franc. Cet état se manifeste par de l'hyperplasie cellulaire et touche à peu près uniquement le système lymphoïde qui est certainement, surtout dans le jeune âge, le tissu le moins fixé de l'organisme et dont les cellules gardent, pendant un temps prolongé, des potentialités de développement supérieures à celles de tous les autres tissus. Le tissu lymphoïde réagit sous l'influence des plus petites causes occasionnelles, se développe activement et agit comme une sorte de tissu parasite. Après avoir étudié les follicules clos et les plaques de Payer,

l'appendice, les amygdales, le thymus, les ganglions lymphatiques, la rate, la moelle des os, *M. Guieysse-Pellissier* montre les rapports existant entre la présence normale du tissu lymphoïde et les inflammations dites interstitielles. Il conclut, contrairement à l'opinion généralement admise, que cet état réactionnel, loin d'être une protection de l'organisme, semble au contraire le plus souvent entraver le bon fonctionnement de l'organisme et être plus nuisible qu'utile.

L. MARCHAND.

BIOLOGIE

Etude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux malarisés (Estudio del líquido céfalo-raquideo en los paralíticos generales malarizados), par José PEREYRA-KÄFER. (1 brochure in-8°, 76 pages. Edition du « Colegio Parroquial San Jose de Flores », *Thèse de Buenos Aires*, 1932).

Les résultats très différents publiés par les auteurs sur l'évolution du syndrome humoral des paralytiques généraux soumis à l'impaludation sont dus à l'absence d'un critère dans l'appréciation des documents utilisés. J. Pereyra Käfer rappelle qu'il est indispensable de rechercher les mêmes réactions et de les comparer dans la même période post-malarique. Sa thèse est remarquable, non par le nombre des observations, mais par leur développement. Il considère le liquide céphalo-rachidien pendant les accès, pendant l'année qui suit, deux ans après, et enfin au delà des deux années. Il note assez constamment la diminution précoce de la lymphocytose, signe le plus souvent unique pendant une longue période. Dans les cas favorables, il se produit tardivement une négativation de l'hyperalbuminose, puis l'atténuation et même parfois la réduction complète du Wassermann et de la réaction de Lange. Les manifestations cliniques ne paraissent pas tout d'abord se modifier en relation étroite avec l'amélioration du syndrome humoral, mais plus le temps s'écoule, plus le parallélisme tend à s'établir entre les deux ordres de faits et à la période la plus tardive (au delà de 2 ans), dans 5 cas relatés, il y a accord complet entre les constatations cliniques et les renseignements du laboratoire.

P. CARRETTE.

Étude de la composition en lipides de cerveaux d'aliénés, 103 p., par Pierre LAURIE. *Thèse Doctorat en Pharmacie*, Lille 1933, Imprimerie Douriez-Bataille, Lille.

Après un bon rappel de la composition chimique du cerveau normal et des principales variations que lui donne la pathologie, l'auteur décrit les méthodes qu'il a utilisées pour le dosage des lipides cérébraux, avec une telle précision et une telle décomposition du détail de tous les temps que le moins initié se sent capable de doser avec exactitude les acides gras, l'insaponifiable total, l'insaponifiable X et le cholestérol. Les résultats de l'étude chimique de ces quatre cerveaux d'aliénés montrent, pour la substance grise, l'absence de variation nette du taux d'hydratation ainsi que du phosphore, une augmentation très sensible de l'insaponifiable X et une tendance à l'augmentation du cholestérol ; pour la substance blanche, une diminution très nette du taux d'hydratation et une augmentation sensible

de l'insaponifiable X, alors que les autres composants ont leur taux qui ne varie pas. Ces résultats ne lui permettent pas de confirmer ou infirmer l'hypothèse de Minovici sur l'origine chimique de certains troubles mentaux intenses.

P. COMBEMALE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hygiène du nerveux, par J. A. CHAVANY, (1 vol. in-12, 98 pages, in Collection « *Hygiène et Diététique* », G. Doin et Cie, édit., Paris, 1933.

Pour prévenir les défaillances possibles de notre système nerveux, il faut se soumettre à une hygiène d'esprit rigoureuse, tenir compte des phases de fatigue et de dépression, savoir comment les prévoir, les éviter, en atténuer les effets, écrit *M. J.-R. Chavany,* dans cet utile précis d'hygiène mentale. Il passe d'abord en revue les conditions générales d'une bonne hygiène de l'esprit chez le sujet nerveux, conditions sociales, familiales, scolaires, professionnelles, sexuelles, morales, etc. Dans une seconde partie, il indique les directives hygiéniques spéciales que commandent les diverses constitutions psychopathiques. C'est ainsi que dans des chapitres de prophylaxie basés sur cette division clinique, il donne les règles d'hygiène à recommander aux sujets présentant une constitution hyperémotive ou psychasthénique, hystérique, cyclothymique, paranoïaque, perverse, schizoïde.

Après une troisième partie consacrée à ce terrible fléau, que constituent les toxicomanies, cet ouvrage, qui résume d'excellents conseils à l'usage des médecins, des malades et de tous ceux qui songent à protéger leur équilibre neuro-psychique, se termine par un aperçu de thérapeutique médicamenteuse, quelques règles de diététique, d'hydrothérapie, de crénothérapie et les indications nécessaires au traitement des malades en cure libre ou à leur placement sous le régime de la loi du 30 juin 1838. Cette brève énumération suffit à montrer combien ce petit livre renferme de renseignements et quels services il est appelé à rendre.

René CHARPENTIER.

Qu'est-ce que l'Eugénique (What is Eugenics ?) par Léonard DARWIN (1 vol. in-16, 88 pages, *édition spéciale* publiée par le *Troisième Congrès international d'Eugénique*, New-York août 1932).

Fils de Charles Darwin, l'auteur de la théorie évolutionniste, le major Léonard Darwin fut un des fondateurs de la Société d'Eugénique de Grande-Bretagne et présida à Londres, en 1912, le premier Congrès International d'Eugénique. Président d'Honneur du IIIe Congrès International tenu à New-York au mois d'août 1932, M. Léonard Darwin s'attache dans ce livre à résumer les principes qui doivent régir l'amélioration de la race humaine et les solutions pratiques qui s'imposent.

Dans ce but, l'étude scientifique des conditions sociales et de leurs conséquences doit être poursuivie avec la détermination d'apprécier ensuite avec fermeté les règles qui en découleront. Seule une investigation complète des forces sociales et biologiques pourra permettre d'atteindre ce but. Les efforts de l'Eugénique devant tendre à augmenter la fertilité des éléments supé-

rieurs, le rôle du médecin qui doit toujours être consulté avant le mariage est ici très important.

Des développements intéressants sont consacrés aux divers problèmes sociaux, moraux, biologiques, que pose la sélection naturelle et artificielle de la race, les effets de l'éducation, du milieu, de l'hérédité, du mariage, la limitation de la famille, la stérilisation. Il en est de consacrés aux arriérés, aux aliénés, aux criminels.

Pour M. Léonard Darwin l'avenir de la civilisation est intimement lié aux progrès de l'Eugénique, sans laquelle une décadence progressive apparaîtrait bientôt. Reposant sur des bases scientifiques, l'Eugénique doit s'appuyer sur la religion pour une lutte prolongée vers le progrès de l'humanité.

René CHARPENTIER.

L'alcool et l'homme. (1 vol. de 451 pages, The Macmillan Company, éditeur Emerson, New-York, 1932).

Les éditeurs de ce bel ouvrage de vulgarisation déclarent qu'il est dégagé de tout esprit doctrinal et qu'il ne tend pas à combattre ni à maintenir le 18e amendement de la constitution des Etats-Unis. Ils estiment qu'une documentation scientifique est nécessaire avant de toucher aux coutumes personnelles, traditionnelles, religieuses et sociales et qu'il est sage que les mesures éducatives précédent les législatives.

Les rédacteurs des divers chapitres n'ont obéi à aucun mot d'ordre et nous sommes prévenus également qu'ils n'ont reçu aucune aide financière, pas plus des avocats de la Prohibition que des marchands de liqueurs.

La connaissance des données scientifiques fondamentales relatives à l'alcool est indispensable dans l'intérêt de la Société.

L'ouvrage expose l'essentiel des faits scientifiques connus, dans un langage accessible à tout homme instruit ; il s'adresse tout particulièrement, disent les éditeurs, aux éducateurs, aux ministres des cultes, aux écrivains, aux publicistes. C'est là une prétention que nous estimons bien modeste et il serait très désirable que cette « somme élémentaire des connaissances utiles relatives à l'alcool » soit acquise par les médecins ...des deux côtés de l'Atlantique.

Il n'est pas possible de donner ici une analyse des vingt-six chapitres de ce véritable *Traité de l'Alcool,* en voici la sèche énumération :

Action physiologique de l'alcool, par Himwich ; — Actions pharmacologiques, par Wallace ; — Effets des doses modérées sur l'homme normal, par Hyman ; — Effets sur les animaux inférieurs et unicellulaires, par Whitaker ; — Effets sur le développement et l'hérédité, par Stockard ; — Effets sur la descendance des animaux, par Davenport ; — Toxicologie chez l'homme, par Bogen ; — Usages thérapeutiques, par Wilder, Brooks, Miller, Brown, Christian ; — Alcool et résistance aux infections, par Langmead et Hunt ; — Pathologie de l'alcoolisme aigu et chronique, par Martland ; — Effets psychologiques chez l'homme, par Miles ; — L'alcoolisme en psychiatrie, par Meyer ; L'alcool et le crime, par Adler ; — Effets sur la longévité et la mortalité, par Hunter ; — Importance des maladies provoquées par l'alcool, par Pollock ; — Taux de la mortalité générale et due à l'alcoolisme et à la cirrhose du foie (1900-1930), par Dublin ; — Revue générale de la littérature récente sur l'alcool au point de vue de l'hygiène sociale, par Kopf.

Roger MIGNOT.

L'aliénatiation mentale aux Pays-Bas. Etude de psychiatrie sociale, (Krankzinnigheid in Nederland ; Een sociaal-psychiatrische studie) par G. KRAUS. *Thèse de Groningen* : J. B. Wolters, éd. 1933. 174 p., 5 cartes, 48 tableaux. (Travail de la clinique du Professeur W. M. Van der Scheer).

Deux faits principaux ont servi de point de départ aux recherches de l'auteur : 1° l'augmentation régulière, au cours des dernières décades, du rapport entre la population des asiles d'aliénés et celle de l'ensemble du pays. C'est ce que l'auteur appelle le *coefficient d'internement*. Ce coefficient augmente d'une manière considérable dans tous les pays ; 2° Dans tous les pays, également, il existe entre les coefficients d'internement des diverses provinces, régions, communes, etc. des différences énormes, aussi grandes et souvent plus grandes, que les variations de ce même rapport dans le temps.

Le premier fait est rapporté habituellement à un même complexe de facteurs, parmi lesquels la concentration des populations dans les villes et le développement de l'assistance psychiatrique, sont les plus importants. Mais la question de savoir si les psychoses augmentent réellement en fréquence, n'a pas encore été résolue. Le second fait n'a guère été étudié jusqu'à présent, et les causes de ces curieuses différences régionales sont mal connues.

L'auteur apporte une contribution à cette étude, en montrant la grande complexité des facteurs qui interviennent, et l'intérêt des données qu'elle peut fournir sur l'aliénation mentale. Celle-ci est peut-être plus souvent le résultat d'un trouble des rapports entre l'individu et la société, qu'une maladie de l'individu en lui-même. (L'auteur a surtout en vue ici la catégorie importante de psychoses groupées sous le nom de « schizophrénie »). Les brillants résultats de la « thérapeutique active », inaugurée par Simon, qui a profondément modifié la symptomatologie mentale dans les asiles qui l'ont appliquée, et qui a même fait disparaître complètement certains syndromes, montrent aussi l'importance capitale des facteurs de milieu dans les troubles de l'esprit. L'étude du milieu est aussi importante que celle de l'individu, et jusqu'à présent elle a toujours été négligée. L'auteur envisage successivement l'influence de toute une série de facteurs sur le coefficient d'internement : composition de la population d'après l'âge, le sexe, l'état civil ; situation des cliniques psychiatriques, facteurs économiques et politiques, concentration de la population, développement de l'hygiène sociale, comparaison avec le taux de la mortalité par tuberculose, par cancer, avec la consommation d'alcool, avec la répartition des diverses religions, des races ; influence de la nature du sol.

Ces diverses investigations ne doivent être considérées que comme des recherches d'orientation très générale, dans un domaine quasi-inexploré. Leurs résultats, parfois assez inattendus, et dont l'interprétation demande de nombreux commentaires, doivent être lus dans l'original. L'auteur arrive à la conclusion que si l'aliénation, considérée comme un conflit entre l'individu et la société, est répartie d'une manière aussi inégale dans les diverses régions d'un pays, cela tient au fait que les *conditions sociales* sont très différentes dans ces régions, et non pas à ce que les maladies de l'esprit seraient plus fréquentes à tel endroit qn'à tel autre. De même, l'augmentation du coefficient d'internement au cours des dernières décades, résulte non pas d'une réelle augmentation des cas de psychoses, mais d'une modification de la société : la vie sociale exige toujours plus de l'individu, et la

collectivité offre de moins en moins de place pour celui qui est psychiquement inférieur. Celui-ci trouve aussi plus aisément et dans de meilleures conditions, les soins dont il a besoin. L'augmentation relative du nombre des internements n'est donc pas un symptôme inquiétant en soi, et la Société ponrra enrayer cette progression en multipliant les services de psychiatrie préventive et de surveillance des malades guéris, ainsi qu'en perfectionnant et en généralisant les méthodes de thérapeutique active.

J. Ley.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement actuel de la paralysie générale. *Ce qu'il nous apprend,* par le Dr Pierre Mollaret, ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, Chargé du Centre de Malariathérapie de la Salpêtrière (1 vol. in-8°, 68 pages, in Collection « *Les Thérapeutiques nouvelles* », J.-B. Baillière et Fils, édit., Paris, 1932).

Le but de M. *Pierre Mollaret* est d'établir ici le bilan provisoire des multiples acquisitions récentes en matière de thérapeutique de la paralysie générale. Rappelant la phrase du rapport de M. Truelle concluant, lors du Centenaire de la Thèse de Bayle, à l'incurabilité alors presque unanimement admise de cette maladie, M. Mollaret montre le chemin parcouru en ces dix dernières années et les résultats obtenus.

Consacrée au seul traitement médical, cette brochure étudie successivement les principes, la technique, les contre-indications et les résultats de chacune des diverses thérapeutiques nouvelles : malariathérapie de Wagner-Jauregg, pyrétothérapie par produits bactériens (tuberculine, vaccin antityphique, vaccin antichancrelleux), ou par germes vivants (récurrentothérapie), procédés chimiques (soufre sublimé, benzine), procédés physiques (diathermie, ondes hertziennes courtes), chimiothérapie (stovarsolthérapie sodique de Sézary et Barbé, tryparsamide).

Des constatations psychiatriques, neurologiques, cutanéo-muqueuses, anatomiques, biologiques, consécutives au traitement, il résulte que tout se passe comme si les nouvelles médications de la paralysie générale transformaient le processus paralytique en un processus syphilitique tertiaire plus accessible aux traitements antisyphilitiques habituels. Selon l'expression du prof. H. Claude, l'impaludation n'a d'autre but que de préparer l'action d'une thérapeutique chimique.

Cette monographie apporte au thérapeute non encore familiarisé avec ces diverses méthodes d'utiles précisions sur des détails pratiques de technique et se termine par un chapitre d'étude synthétique où se trouvent résumées les indications générales du traitement d'attaque, du traitement ultérieur, et même du traitement prophylactique, de la maladie de Bayle.

René Charpentier.

Les barbituriques. Leur toxicologie, 127 p., par Charles Desodt. *Thèse Doctorat en Pharmacie,* Nancy 1933, Imprimerie Douriez-Bataille, Lille.

L'essentiel de ce travail consciencieux réside, tant dans l'exposé et la critique des diverses méthodes d'identification des barbituriques et les amé-

liorations de technique que la pratique de l'auteur fait recommander, que dans l'étude de leur élimination urinaire. L'auteur trouve que chez le sujet d'apparence sain, cette élimination se fait en nature dans la proportion de 65 à 75 0/0 pour le Véronal, 50 0/0 pour le Rutonal, 30 0/0 pour le Dial et 25 0/0 pour le Gardénal.

P. COMBEMALE.

L'Acétylcholine en ophtalmologie, par le Docteur Jacques ROUSSON. *Thèse Lyon,* 1932, 70 pages (Bosc frères et Riou, éditeurs).

Dans ce travail l'auteur s'est proposé de grouper les résultats thérapeutiques obtenus en ophtalmologie par l'Acétylcholine, médicament, actuellement bien connu tant au point de vue chimique que pharmacodynamique, d'une maniabilité remarquable et de posologie très simple (0 gr. 10 ou 0 gr. 20 en injection sous-cutanée ou intra-musculaire tous les 2 jours).

Selon lui, c'est un remède précieux méritant d'être employé d'une façon courante en ophtalmologie. Il se montre efficace dans les spasmes des artères de la rétine, mais ses résultats sont moins constants lorsque coexiste une lésion artérielle. Il est également indiqué dans les atrophies optiques et les névrites rétro-bulbaires, le glaucome.

Dans la migraine ophtalmique, les succès obtenus jusqu'ici sont très brillants.

Dans la cécité corticale, enfin, on peut l'essayer, mais en rappelant qu'il faut agir prudemment en cas d'hémorragie cérébrale possible.

E. LARRIVÉ.

Rapports et communications sur l'Electropyrexie (1 volume, 82 pages, *Imprimerie de Vaugirard,* Paris, 1932).

Le 15 juin 1932, un certain nombre de médecins, répondant à l'invitation du Dr *Henri de Rothschild,* se sont réunis au Château de la Muette pour exposer le résultat de leurs travaux sur l'emploi, en thérapeutique, de l'hyperthermie obtenue par les ondes électriques courtes. Dans l'esprit des premiers chercheurs américains, les accès de fièvre devaient remplacer dans certains cas la malariathérapie de la paralysie générale. MM. Halphen et Poittevin décrivent la technique de la méthode. Le champ électrique de très haute fréquence s'établit entre deux plaques sans contact direct avec le patient. Certains tissus absorbant plus d'énergie que d'autres, on a pu réaliser des appareils à action diathermique locale d'une efficacité réelle. Le coffre dans lequel on enferme le sujet (sauf la tête) est entièrement métallique et une ventilation intense empêche les points de concentration du champ électrique par la transpiration. M. Auclair étudie trois indications principales : les troubles de la nutrition, l'hypertension, la nécessité de produire un choc. M. Levaditi indique le résultat satisfaisant de son expérimentation : l'électropyrexie modifie le pouvoir de floculation. MM. Crouzon, Emery, M.-P. Weil et d'autres anteurs ont employé la méthode avec succès, soit comme sédatif, soit contre le rhumatisme ou la syphilis cérébrale.

P. CARRETTE.

Formulaire Bouchardat, par A. DESGREZ et F. RATHERY, *37e édition entièrement repondue* (1 vol. in-16, 986 pages. Félix Alcan édit., Paris 1932).

Le nombre des éditions successives de ce formulaire en dit assez le succès. Le *professeur A. Desgrez* a repris et mis au point la partie chimique et les formules, en conservant le plan général de l'ouvrage de Bouchardat : les médicaments sont classés non par ordre alphabétique mais par leurs propriétés.

Le *professeur Rathery,* continuant l'œuvre de son beau-père, a refait complètement toute la partie médicale dans laquelle on trouvera un ensemble de chapitres sur la médecine thermale, les médications biologiques, les agents physiques, les régimes, l'hygiène et la prophylaxie, les intoxications, les accidents causés par les agents physiques, les certificats médicaux.

Le Mémorial Thérapeutique a été complètement refait. Le *Dr Henri Desgrez* a écrit deux chapitres sur l'électrothérapie et la thérapeutique par les radiations et un chapitre de *Thérapeutique psychiatrique* a été rédigé avec la collaboration du *Dr Largeau.* Le praticien y trouvera clairement résumés, en même temps que des règles générales de traitement, les renseignements indispensables concernant l'isolement et l'internement, et les indications particulières à la thérapeutique des grands syndromes mentaux et des principales affections mentales.

Le grand effort de mise au point accompli pour cette 37e édition lui assure le même succès qu'aux précédentes.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Psychiatrie médico-légale (Psiquiatria Forense), par le professeur Nerio ROJAS (1 volume, 400 pages, Edition *El Ateneo,* Buenos Aires, 1932).

Tout en considérant les prévenus d'un point de vue différent, le médecin légiste ne doit pas plus ignorer le Code, que le juge ne doit négliger de s'initier à la médecine mentale. La lecture des livres spécialisés ne suffit pas à faire leur éducation. C'est la pratique quotidienne qui consolide leur compétence. Nerio Rojas publie, dans son manuel, un nombre considérable de documents utiles aussi bien aux médecins qu'aux juristes. 14 rapports détaillés, vivants, variés font suite à l'étude théorique des principales questions médico-légales.

Dans les chapitres descriptifs, nous trouvons la solution personnelle et autorisée des problèmes d'actualité. L'auteur étudie les constitutions et les psychoses, la capacité civile des débiles, les conséquences des états d'impuissance sexuelle. Il fait la critique de la notion d'état « mixte » appliquée au vieillard non dément, non délirant, en marche vers la presbyophrénie. Il prend position sur la question du divorce des aliénés, défendant les droits du malade, indiquant les difficultés de déterminer le critérium d'incurabilité. L'alcoolisme, les catégories cliniques où l'on trouve le vol et l'homicide, la situation sociale des paralytiques malarisés, la valeur morale de l'émotion pathologique et des obsessions impulsives sont également fouillées avec beancoup de pénétration.

P. CARRETTE.

Psychopathologie médico-légale (Psicopatologia Forense), par Jacintho Godoy. 1 vol., 199 pages. *Edition de la Livraria do Globo*, Porto Alegre, 1932.

Cet excellent ouvrage groupe les rapports médico-légaux de sujets placés à l'asile judiciaire d'Etat fonctionnant au Brésil depuis le mois d'octobre 1925. L'auteur publie en préface le discours qu'il a prononcé lors de l'inauguration de cet établissement d'assistance. Il rend hommage aux initiatives des médecins français, rappelle l'influence décisive des travaux de Pactet et Colin et la réalisation du service des aliénés difficiles à Villejuif.

Les observations illustrent les divers types de délits et crimes commis par les psychopathes. Les sanctions thérapeutiques viennent en conclusion. Parmi les réactions anti-sociales nous trouvons notamment celles des alcooliques et des toxicomanes, celles des épileptiques, des cyclothymiques, des délirants épisodiques, chroniques, hallucinés ou non, celles des dégénérés, celles des simulateurs en général déséquilibrés. Certains individus, comme les débiles, quelques circulaires relèvent de l'assistance familiale. Dans les dernières pages du volume, l'auteur nous montre en 8 dessins quelques types de psychopathes hospitalisés à l'asile judiciaire. P. Carrette.

Le criminel occasionnel. Etude anthropologique. Conséquences sociales, par le Docteur Louis Richard. *Thèse Lyon,* 1932, 60 pages (Bosc frères et Riou, éditeurs).

La criminologie est l'étude des réactions des individus vis-à-vis des différentes lois sociales et la façon défectueuse dont réagissent certains individus à ces principes sociaux constitue la criminalité. La criminalité existe dans toutes les sociétés tant animales que végétales et, à l'heure actuelle, elle constitue dans l'espèce humaine une véritable maladie sociale.

La criminologie humaine présente à étudier deux catégories de criminels: Les criminels occasionnels et les criminels récidivistes. Le criminel d'accident, que l'auteur a étudié, constitue la population flottante des prisons ; c'est un esprit faible, sans volonté, qui devient criminel sous l'influence d'une passion et souvent à la faveur d'une intoxication (alcool, syphilis). Mais à côté des causes physiques, physiologiques, il faut faire une large place aux causes sociales.

Une éducation défectueuse dans l'enfance, les mauvaises fréquentations de l'adolescence et de l'âge mûr sont autant de causes favorisantes, mais de toutes les écoles du vice, la plus dangereuse est sans contredit la prison où subsiste la promiscuité des récidivistes portés irrémédiablement au crime, qui auront vite fait de conquérir l'esprit du criminel d'occasion pour lequel, selon l'auteur, il faut faire preuve d'indulgence, sans faire appel pour cela au terme de responsabilité atténuée, terme commode, mais qui ne répond pas à la réalité.

Dès lors comment se défendre contre la criminalité ?

L'ivresse étant souvent une cause de délit, l'état d'ébriété des délinquants doit être considéré comme une cause aggravante ; pour la délinquance impulsive existant au cours de certains états morbides, il est indispensable de créer des « Prisons-Asiles ». De plus, il faut instituer des laboratoires d'anthropologie criminelle dans les prisons et avec M. Blacque-Belair, l'auteur réclame la création de laboratoires et d'annexes psychiatriques pour permettre aux médecins de s'acquitter de leur mission dans de meilleures conditions.

Quant au criminel occasionnel, pour lui éviter la contamination des prisons, il convient de le laisser en liberté provisoire moyennant le paiement d'une forte caution et de le faire bénéficier de la loi de sursis.

E. LARRIVÉ.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude des états paranoïdes, par M. PRADOS Y SUCH et A. LINARES MAZA. *Archivos de Neurobiologia*, janvier-février 1932.

La nosographie kræpelinienne relie la paranoïa aux démences paranoïdes par un grand nombre de formes cliniques d'un diagnostic et d'un pronostic généralement délicats. Les auteurs présentent le cas d'un sujet déséquilibré, chez lequel la constitution paranoïaque est évidente, qui est atteint d'anomalies sexuelles, de troubles de l'affectivité compliqués d'épisodes délirants non-hallucinatoires où entrent surtout des préoccupations mégalomaniaques, un déréglement imaginatif constant et des interprétations. On ne constate pas de signes de la série hébéphréno-catatonique. Les auteurs admettent que le pronostic de cette forme clinique est beaucoup plus favorable que celui des états paranoïaques francs comprenant les délires d'interprétation type Sérieux-Capgras et de revendication. Les bouffées délirantes sont souvent bénignes, comme l'avait montré Kretschmer et une psychothérapie utilisant surtout les ressources affectives, — perverties, mais non affaiblies, — du sujet, peut donner des résultats très encourageants.

P. CARRETTE.

Réactions paranoïdes survenant chez les femmes d'âge moyen, par G. H. STEVENSON et S. R. MONTGOMERY. *The American Journal Psychiatry*, mars 1932.

Les auteurs s'attachent ici à l'étude très spéciale de onze cas de délire interprétatif à début particulièrement insidieux. La méfiance vis-à-vis de l'entourage, dont l'attitude est considérée comme réprobatrice ou nettement accusatrice, permet à l'anxiété de se développer et d'être décelée après une période parfois longue de dissimulation. Ces formes délirantes, pour être traitées efficacement, demandent le concours d'un psychothérapeute averti, véritable directeur de conscience, conseiller social et religieux.

P. CARRETTE.

Observation d'un malade qui se considère lui-même comme un hermaphrodite, par I. L. POLOZKER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Janvier 1932.

L'histoire clinique de ce patient est curieuse par le fait qu'il s'agit d'un schizophrène dont les thèmes délirants s'accordent avec un certain hermaphrodisme psychologique. En réalité, le sujet, déséquilibré, à hérédité

psychopathique lourde, est un homosexuel à présentation efféminée, marié et père d'un enfant. Son délire imaginatif le porte à jouer tour à tour le rôle de sa femme et celui de sa sœur et à s'attribuer la maternité d'un nombre considérable d'enfants. P. CARRETTE.

Schizophrénie et Démence Précoce, par M. CESARE RONCATI (de Conse). *Rassegna di Studi Psichiatrici,* janvier 1932.

L'auteur expose la première partie de ses recherches étiologiques et pathologiques dans la démence précoce. Il emploie le terme schizophrénie dans le sens très extensif de Bleuler et non dans celui beaucoup plus restrictif de Claude.

Il distingue trois groupes de formes diverses :

1° Un premier groupe dans lequel il est impossible de découvrir une cause externe quelconque et qui semble plutôt dépendre de conditions « abiotrophiques » du système nerveux.

2° Un deuxième groupe dans lequel les facteurs endogènes et exogènes paraissent jouer un rôle dans l'éclosion de la maladie. Infections chroniques et auto-intoxications agissant sur un système nerveux particulièrement réceptif. Il semble qu'ici les facteurs endogènes ont une importance au moins égale à celle des facteurs exogènes. Il existe habituellement une combinaison des deux. C'est dans ce groupe que rentrent les démences précoces de Kræpelin (groupe fondamental de Willmann).

3° Dans un troisième groupe, dans lequel la psychopathie constitue l'hypertrophie d'anomalies constitutionnelles. C'est dans ce groupe que peut être admise la forme schizophrénique de Claude. Paul ABÉLY.

Schizophrénie et Démence Précoce, par C. RONCATI (de Come) *Rassegna di Studi Psichiatrici,* (mai-juin 1932).

L'auteur expose tout d'abord les conceptions de Kræpelin, Bleuler, Minkowski, Delmas et Boll, Marchand, Claude, etc... sur la démence précoce et la schizophrénie. Puis il passe en revue les données étiologiques, cliniques, anatomiques et de laboratoire qui peuvent apporter une contribution aux délimitations des différentes formes de schizophrénie, essayant de grouper sous cette dénomination, toutes les psychopathies qui présentent comme caractéristique commune : une dissociation entre les facultés intellectuelles, affectives et volontaires, mais qui sont différentes par l'étiologie, la pathogénie et l'évolution.

M. Roncati, se basant sur ces données et sur ses observations personnelles, croit pouvoir distinguer, dans les schizophrénies, les différents groupes suivants :

1er groupe : Les *schizophrénies endogènes,* comprenant la démence schizophrénique simple, l'héboïdophrénie.

2e groupe : Les *schizophrénies acquises, mais à la faveur de constitutions prédisposées :* démence précoce dans ses 3 variétés et psychoses paranoïdes.

3e groupe : Les *schizophrénies d'encéphalite,* syphilis, etc...

4e groupe : Les *schizophrénies constitutionnelles :* paraphrénies, démence fantastique, délires systématisés hallucinatoires chroniques à évolution non démentielle. Paul ABÉLY.

La catatonie expérimentale, forme de réaction fréquente du système nerveux central, par H. de Jong (d'Amsterdam). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, (avril 1932, Tome CXXXIX, Cahiers 3 et 4, pages 468 à 500).

L'auteur est arrivé à cette idée que la catatonie est une forme de réaction analogue à l'épilepsie dans les expériences chez l'animal. Quant au mécanisme pathophysiologique, les phénomènes catatoniques lui paraissent être l'expression d'une « fuite » d'énergie (Energieabfluss) automatique des cellules motrices dont des conditions toxiques abaissent le seuil de décharge. Ce flux anormal d'excitations se répandrait jusqu'au système musculaire pour y provoquer la catalepsie active et le négativisme. M. de Jong rappelle ses importants travaux faits en collaboration avec H. Baruk et Krause : L'action de la bulbocapnine provoque la catalepsie, le négativisme, des phénomènes neuro-végétatifs. L'augmentation des doses produit l'hyperkinésie (cf. son livre en collaboration avec Baruk, Paris, 1930). Le *chanvre indien* réalise un tableau « embryonnaire » de démence précoce (combinaisons de phénomènes psychiques, neuro-végétatifs et moteurs). La *mescaline* réalise également ce que de Jong avait déjà appelé la triade de la démence précoce.

Des produits intermédiaires de la mescaline synthétique (vaniline) provoquent également des phénomènes catatoniques. L'auteur a été conduit par la parenté chimique des substances de ce dernier groupe avec l'*adrénaline* à expérimenter l'*adrénaline* elle-même. Chez les souris, on observe une adrénalino-catatonie avec hypokinésie qui se transforme par l'augmentation des doses en hyperkinésie. Des faits analogues ont été rencontrés chez le chat et le singe. Les expériences faites avec la thyroxine, la pituitrine ont été négatives chez les souris. Avec l'acétylcholine, on observe chez le chat et la souris des phénomènes catatoniques (une réaction négativiste particulièrement curieuse est observée chez le chat). Bien d'autres produits ont encore été expérimentés par l'auteur. Notons la catatonie par asphyxie par Co^2.

Rappelant les expériences de Keller (1931), sur l'électrisation centrale par courant continu, l'auteur conclut que l'apparition de phénomènes cataleptiques implique un facteur cortical tandis que les hyperkinésies catatoniques sont liées aux structures nerveuses plus profondes et phylogénétiquement plus anciennes. L'auteur compte continuer l'intéressante série de ses travaux par l'injection d'autres produits biologiques.

Henri Ey.

Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculation au cobaye et au pigeon, par F. d'Hollander et Ch. Rouvroy. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1932).

Rappelant leurs recherches antérieures et les lésions de méningo-encéphalite chronique qu'ils ont trouvées (9 cas sur 9), d'Hollander et Rouvroy ont tenté des inoculations à l'animal. Sur 37 cobayes ayant reçu des injections de liquide céphalo-rachidien de déments précoces (voie sous-cutanée ou voie intra-péritonéale), les auteurs mettent en évidence un certain nombre de lésions tuberculeuses avec présence de bacille de Koch dans quelques cas. « Parmi les démences précoces, il en est qui sont d'origine tuberculeuse. »

Sengès.

Statistique des Maladies mentales en Italie (*Rivista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires, tome XVIII, n° 108, Novembre-Décembre 1931).

Le tableau suivant indique la population des établissements d'assistance aux malades mentaux d'Italie, dans ces dernières années (1926-1930) :

	1926	1927	1928	1929	1930
Population au 1er janvier	60.306	62.127	64.268	66.439	68.170
Entrées de l'année	26.507	27.467	27.785	28.607	—
Sorties de l'année	15.399	15.013	15.585	16.468	—
Décès de l'année	6.262	5.979	6.473	6.466	—

Le mouvement que signalent les chiffres de la statistique italienne est parallèle au mouvement universel. Aussi dans tous les pays du monde est-il nécessaire d'intensifier les moyens de prévention et de thérapeutique des maladies mentales, ainsi que le développement de la prophylaxie et de l'hygiène mentales.

LAUZIER.

Études somatologiques en Psychiatrie, par A. L. EPSTEIN (de Leningrad). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 124 à 151.

Sous ce titre, l'auteur publie des études de morpho-neurologie assez disparates. Il consacre un chapitre à l'examen méthodique du *tonus musculaire dans les maladies mentales,* qu'il a pu pratiquer à l'aide d'un appareil construit par lui pour mesurer la flexion maxima des membres supérieurs. Chez les sujets sains d'esprit, la mesure du tonus musculaire est de 12° à 13°, égale des deux côtés et indépendante de la rotation de la tête. Chez les divers malades mentaux, chez 35 0/0, on trouve des variations et une asymétrie du tonus qui est soumise aux variations du tonus cervico-céphalique. — Un deuxième chapitre est consacré aux *réflexes du visage :* réflexe de la moue (Russel reflexe) et réflexe du menton. C'est le réflexe de la moue (Russel reflexe) qui lui paraît le plus intéressant dans les psychoses. Le phénomène du tressaillement mentonnier (par percussion du menton) se trouverait dans certaines « psychoses lucides » et particulièrement dans l'hystérie. — Enfin une étude du *système pileux axillaire* montre les divers types d'implantation selon les sexes. L'hypertrychose axillaire est symptomatique des psychoses dégénératives. Le type masculin chez les femmes se trouve chez les hystériques et les schizophrènes.

Henri EY.

PSYCHOLOGIE

Les croyances et les hallucinations, par Pierre JANET. (*Revue philosophique,* mars-avril 1932).

Continuation du précédent, cet article passe en revue les troubles psychosensoriels du somnanbulisme hystérique, de l'endormissement et du rêve. Il expose comment la mémoire peut modifier la croyance dans tous ces états où il n'y a qu'imitation de perception et non perception vraie. Il critique

l'hallucination anidéique qui, étant toujours pénible, est déjà une forme de tourments socialisés. Il interprête l'hallucination ou pseudo-hallucination comme une création symbolique.

Ces cas mis à part, il reste les hallucinations délires, celles que l'on rencontre chez les délirants chroniques influencés. Elles sont avant tout des troubles de la croyance. Les croyances sont des conduites intermédiaires entre les paroles et les actes. « Quand l'acte verbalement formulé ne peut être exécuté verbalement en raison de l'absence de certaines conditions nécessaires, l'affirmation de l'union entre la formule verbale et l'action, détermine des croyances. »

La croyance peut rester assséritive et équivaloir à une affirmation immédiate de l'être, de l'*existence* des formules verbales. Pour chacun de nous, une chose existe quand il la croit, elle n'existe pas quand il ne la croit pas. La croyance peut devenir réfléchie, elle transforme alors la notion vague de l'existence en la notion plus précise du réel, et l'on sait que cette notion même présente toute une gradation : le réel complet, le presque réel, le demi réel, et le non réel. Ces gradations correspondent aux degrés d'intensité de la croyance.

La croyance crée donc le réel peut-on dire : elle « surréalise » quand elle est forte. Cette force lui vient des sentiments qui l'intensifient ou la tempèrent. Ils sont des régulateurs d'action. Ces distinctions de sentiments confirment la différence entre le revendicateur qui n'arrive pas à donner à sa croyance une forme de perception et le persécuté type Lasègue qui y arrive presque.

« L'hallucination délire » ne doit pas être confondue avec « l'illusion perceptive » dans laquelle il y a des troubles réels de la perception, ni avec « l'hallucination réminiscence » dans laquelle il y a trouble de la mémoire. Elle n'est pas une perception sans objet. Elle est la réalisation d'une croyance intense née des sentiments d'emprise et d'esclavage. Le délirant n'entend pas les paroles injurieuses comme nous les entendons ; il les sent vaguement dans sa pensée, tout en éprouvant, en même temps, les sentiments de régulation qui d'ordinaire accompagnent les auditions externes.

Cette conception de « *l'hallucination croyance* » marque un progrès considérable sur celle de « *l'hallucination perception sans objet* » dont les caractères théorique et normo morphique étaient devenus par trop évidents. Puisse le livre d'où elle est extraite apporter, sur la mystérieuse genèse des sentiments qui conditionnent la croyance délirante, une clarté égale à celle que nous apporte cet article sur la transformation de cette croyance en hallucination.

Paul Courbon.

Les mimiques, par Georges Dumas (*Revue philosophique*, septembre-octobre 1932).

La mimique, comme l'exige l'étymologie du mot, est avant tout une imitation. Les réactions motrices et sécrétoires qui spontanément accompagnent les émotions dont on dit qu'elles sont les signes physiques, sont des phénomènes purement physiologiques, contrairement à ce que prétendent certains auteurs, ce ne sont pas des phénomènes mimiques.

La mimique, c'est la reproduction volontaire et l'utilisation par l'individu de ces phénomènes physiologiques, de ces réactions motrices et secrétoires;

comme moyens de communication avec autrui. Elle actionne le visage, les gestes, l'allure, la marche, la voix, l'écriture, le rire, les larmes, la rougeur, la pâleur, l'horripilation.

La mimique par *imitation directe* est la plus rudimentaire. Elle reproduit directement les signes physiques spontanés de l'émotion que l'individu veut paraître éprouver. Il sourit pour paraître joyeux.

La mimique *par transfert* est moins simple. Elle reproduit les signes physiques de la sensation, dont la *tonalité* affective est celle du sentiment que l'individu veut paraître éprouver. Il ferme les yeux et détourne la tête en écoutant un propos qui lui déplaît, comme il le ferait devant une bourrasque de poussière qui le suffoquerait. En somme, il y a « transposition de l'expression d'une réaction sensorielle dans le domaine des représentations et des idées ».

La mimique *métaphorique* est la plus élevée. Elle ne reproduit pas de simples réactions spontanées, comme les précédentes. Elle symbolise en expressions motrices les sentiments, les idées que l'individu veut communiquer à autrui. Il enfle sa voix, hausse sa taille, surveille son vocabulaire, amplifie et ralentit ses gestes, quand il parle d'un héros qu'il veut magnifier.

L'imitation des expressions musculaires est facile quand il s'agit de muscles striés, puisqu'ils sont soumis à l'action de la volonté. Mais la volonté a infiniment plus de prise sur la contraction que sur la résolution. Pour obtenir les effets de celle-ci, il faut truquer en contractant les muscles antagonistes. L'ouverture de la bouche, qui, dans la peur véritable, est due à l'hypotonie des masseters et des temporaux, est obtenue dans la peur simulée par la contraction des geniohyoïdiens et des digastriques abaisseurs du maxillaire inférieur.

L'imitation des réactions secrétoires et vasomotrices n'est possible que par un truquage plus compliqué, qui fait appel aux réflexes conditionnels. En évoquant un chagrin antérieur et en saccadant notre voix et notre respiration, nous nous faisons pleurer, parce que, dans tous nos chagrins antérieurs, le sanglot s'accompagnait de larmes. En maintenant notre attention sur les causes psychologiques d'une circonstance hilarante et en amorçant les secousses expiratrices, nous nous faisons rire.

La mimique est un fait social ; ce n'est pas une fonction physiologique. Il n'y a pas de muscle dont la fonction soit primitivement d'exprimer à l'extérieur ce qui se passe à l'intérieur de l'individu. Tous les muscles utilisés pour la mimique, même ceux de la face, ont une fonction biologique : sucer, cracher, mâcher, souffler, renifler, respirer, balayer les larmes, etc.

Tous les muscles de la mimique existent dans la série animale. Mais la vie de l'homme en société l'a conduit à se servir d'eux pour correspondre avec ses semblables. « C'est, en négligeant la fonction primitive des muscles, pour leur attribuer un sens expressif et social, que nous avons fondé notre mimique imitative et à plus forte raison notre mimique métaphorique... ». « La mimique motrice est comparable à un langage ; comme lui elle a une syntaxe, avec la seule différence que l'ordre et l'arrangement des mots y est plus psychologique que logique. » « La mimique tout entière est une conquête de l'homme sur son propre corps, qui est devenue nécessaire dès que la vie sociale a continué la vie physiologique. »

Tel est le résumé squelettique d'un article plein de vie, bourré d'exemples, illustré de deux portraits, où la convergence des lumières de la neurologie, de la biologie, de la psychologie et de la sociologie éclaire admirablement

un des problèmes jusque-là le plus obscur du mécanisme spécifique de l'être humain : comment, de tous les animaux vivant en société, l'homme est-il le seul à utiliser ses réactions organiques pour communiquer avec les autres individus de son espèce ? Cet article constitue un chapitre du 3e tome, actuellement sous presse, du *Nouveau Traité de Psychologie*, rédigé sous la direction de l'auteur.

Paul Courbon.

La mimique des aveugles, par M. Georges Dumas. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 3 mai 1932).

M. Georges Dumas définit la mimique, l'imitation volontaire des expressions spontanées des émotions. Cette définition posée, M. Dumas se demande par quel mécanisme nous avons appris à imiter les émotions. Deux hypothèses : 1° nous avons pris conscience, au cours de nos émotions spontanées, des mouvements musculaires, des modifications de la sensibilité cutanée associés à la manifestation d'une émotion donnée et nous pouvons reproduire cette émotion par la reproduction des mouvements enregistrés par la sensibilité musculaire et cutanée. La mimique serait, dans ce cas, d'origine individuelle : elle serait la reproduction d'une expérience purement personnelle ; 2° nous imitons l'expression des émotions d'autrui, qui nous sont connues par la vue. Nous ne nous imitons pas nous-mêmes (sauf devant un miroir). Dans ce cas, la mimique aurait une origine non plus individuelle, mais collective.

Pour résoudre la question, M. Georges Dumas s'est adressé aux aveugles-nés. Il a alors constaté que tous les aveugles-nés auxquels il s'est adressé, sont incapables de mimer des émotions données, frayeur, tristesse, joie, colère. Ils ne savent pas comment s'expriment sur leur visage ces émotions. Ils n'ont donc aucun souvenir des contractions spontanées du visage. M. Dumas en conclut que si ces aveugles sont incapables de mimer leurs réactions spontanées, c'est qu'ils ne voient pas.

La mimique serait donc tout entière d'origine visuelle. Cette imitation des émotions n'est pas seulement la conséquence d'une expérience individuelle forcément limitée. La vie de l'humanité a peu à peu abouti à la création d'une langue mimique collective. C'est cette langue qui nous donne par la vue des modèles mimiques que nous reproduisons.

A cette conclusion théorique, M. Dumas ajoute, comme conclusion pratique, que les aveugles peuvent, par l'utilisation des données tactiles, arriver à améliorer leur mimique.

Sengès.

La signification du rêve, par L. S. London. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* Janvier 1932.

Le rêve est essentiel à la production du sommeil. La suppression de la conscience n'arrête pas le courant d'images qui continue à être enregistré au niveau des centres sensoriels. Dans la vie du rêve, les expériences sont photographiques et elles occupent le champ psychovisuel du lobe occipital. La mémoire immédiate n'en évoque qu'une faible part.

L'auteur conçoit le sommeil comme un compromis entre le moi instinctif et les forces morales supérieures. Le Super-Ego censure les rêves par le moyen de la symbolisation. Le traitement psychanalytique vient modifier

l'état de conscience en réduisant les symboles ; c'est ainsi qu'un rêve retenu par la censure au cours d'une séance apparaît clairement par la suite et que les rêves anxieux, non symbolisés et trop chargés d'émotion, provoquent le réveil.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des hypermnésies et des associations médiates, par R. BENICHOU (*Revue philosophique,* janvier 1932).

Etude pratiquée sur soi-même des réminiscences, phénomènes psychologiques dont on sait que le rôle est capital pour Proust, dans le mécanisme de la pensée.

Point n'est besoin, d'après l'auteur, d'invoquer une chaîne d'idées restées toujours inconscientes, comme le veut Hamilton, d'idées conscientes mais instantanément oubliées comme le veut Stewart, pour expliquer l'évocation du souvenir par la sensation actuelle. Si la circonstance de celle-ci et celle de celui-là ont un élément commun, il y a grâce à lui passage de l'une à l'autre. Il s'agit alors d'une association médiate.

Les réminiscences se présentent chez Marcel Proust et chez M. Bénichou avec certains caractères différents. Mais d'après celui-ci, les unes et les autres auraient une condition physiologique commune, puisque leur apparition coïncida chez tous les deux avec une atteinte de troubles circulatoires et respiratoires.

Une telle affirmation est de nature à plaire aux médecins, mais ce n'est pas une preuve suffisante de son bien-fondé. Toute limitation à la vie active, qu'elle soit imposée de l'intérieur par une impotence maladive, ou de l'extérieur par le repos obligatoire des vacances par exemple, étant compensée par une exaltation de la vie spéculative, il se pourrait que la plus grande fréquence des réminiscences chez un homme essoufflé tint non à sa maladie mais au plus grand nombre d'heures qu'il a à consacrer à leur recherche. Dans ce cas la condition des réminiscences serait psychologique et non physiologique.

Cette réflexion ne diminue en rien l'intérêt d'une auto-observation aussi finement consignée.

Paul COURBON.

La magie dans l'art paléolithique, par G.-H. LUQUET (Société de Psychologie séance du 15 janvier 1931). *Journal de Psychologie,* 1931, nos 5-6, pp. 390-421.

Aucun critère ne permet d'affirmer la signification magique de l'art à l'époque paléolithique. Art non magique et art magique ont coexisté, mais celui-ci est sorti de celui-là, qu'il suppose. Les œuvres subsistent, mais les ouvriers ne sont plus là pour confier leurs intentions. Toute interprétation psychologique est conjecturale et soustraite à toute vérification.

D. LAGACHE.

L'analyse du géotropisme chez le rat blanc, par Walter S. HUNTER. Société de Psychologie, 29 mars 1931, et *Journal de Psychologie,* 1931, nos 5-6, pp. 456-469.

Le rat blanc placé sur un plan incliné monte, mais suivant une grande variabilité de directions pour une pente donnée. La dispersion des valeurs de l'angle de direction pour une valeur constante de la pente a montré

que la théorie de Crozier, qui explique le comportement du rat par la tension musculaire, est trop étroite. D'autres facteurs interviennent dans ce phénomène complexe : ce sont « des réflexes de posture déclenchés par certaines composantes du stimulus pesanteur », la force de l'animal, le fait qu'il progresse normalement en avant, la disposition de ses griffes, le glissement et la fatigue.

Le nombre et la complexité de ces facteurs rendent injustifiée et prématurée l'analyse mathématique de ce comportement.

D. LAGACHE.

L'Instrument chez les singes, par GUILLAUME et MEYERSON. *Journal de Psychologie,* 1931, nos 7-8, pp. 481-555.

Les auteurs continuent les recherches publiées en 1930 dans le *Journal de Psychologie* (p. 92 et 177), par l'étude de l'intermédiaire lié à l'objet. Différents cas sont envisagés : cas de l'intermédiaire libre d'entraves mécaniques, cas de l'intermédiaire rigide, mobile autour d'un axe, cas de l'intermédiaire souple, mobile autour d'un point (la ficelle diagonale). Clairement exposées, illustrées de nombreux croquis, ces expériences, dont la relation serait trop longue pour figurer ici, conduisent les auteurs à d'intéressantes conclusions : l'usage d'un intermédiaire lié à l'objet n'implique pas un niveau très élevé ; la situation change lorsque l'animal doit comprendre des propriétés, soit de l'intermédiaire, soit de la liaison entre l'intermédiaire et le champ. La conduite peut alors être, soit intelligente, claire, univoque, soit absurde, lorsque le problème dépasse le niveau intellectuel du sujet. Ce niveau n'est d'ailleurs pas fixe, il y a un apprentissage intelligent. Mais il y a des genres de problèmes que l'animal ne résoudra jamais.

Ces auteurs reviennent, à plusieurs reprises, sur un résultat intéressant. Lorsque le système mécanique comporte une trop grande liberté, la prévision dépasse la capacité intellectuelle même d'un chimpanzé intelligent. Plus rigide, le système guide dans une large mesure l'animal.

Recherches importantes, à rapprocher des travaux de Koehler, susceptibles de transposition dans l'étude des insuffisances intellectuelles, par arrêt de développement ou par déficit.

Daniel LAGACHE.

Les synesthésies, par Juan Ramon BELTRAN. *La Medicina Argentina,* octobre 1931.

La bibliographie importante qu'on peut réunir à propos des phénomènes d'associations sensorielles ne fournit pas une explication définitive sur leur mécanisme. C'est surtout l'audition colorée qui a retenu l'attention. J.-R. Beltran rejette les théories ontogéniques, physiologiques et anatomiques, et se range à l'opinion d'Antheaume et Dromard, et de Flournoy. Pour ces auteurs, l'explication des synesthésies est d'ordre psychologique. Laures insiste sur le rôle primordial de l'émotion ; c'est elle qui déclanche les associations d'idées. La conscience en perçoit le résultat, mais la mémoire ne fournit pas immédiatement les étapes du phénomène synesthésique, bien qu'elle en ait enregistré les différentes phases. Les observations de l'auteur mettent en relief toutes ces données chez des sujets prédisposés par leur sensibilité affinée et l'habitude des jeux de l'esprit.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude des réflexes toniques de posture, par O. Balduzzi (Travail de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de Gênes). *Revue Neurologique,* Tome II, n° 3, septembre 1931, 6 fig.).

L'auteur expose deux phénomènes qu'il a remarqués et qui se rapportent aux réflexes toniques de posture.

Le premier de ces phénomènes consiste dans une contracture des muscles *extenseurs* de la cuisse par la rotation de la tête (le phénomène déjà connu étant la contracture des muscles *fléchisseurs* dans les mêmes conditions). L'auteur tire de trois observations, dont une avec autopsie, les conclusions suivantes : 1° Il s'agit d'un réflexe de posture dont la manifestation n'est pas nécessairement liée à une hypertonie des muscles de la nuque, ni à une hypertonie des muscles de la fesse ; 2° Il s'agit d'un phénomène certainement pathologique, en ce qu'il témoigne d'une lésion organique du système nerveux, puisqu'il est constamment absent chez les individus normaux de n'importe quel âge ; 3° C'est un phénomène cérébral, car il est absent dans les lésions systématiques ou non de la moelle épinière ; 4° Il n'est pas non plus sous l'influence d'une lésion pyramidale, car il est constamment absent dans les cas à lésion exclusive de ce système ; 5° C'est un phénomène paraissant du côté opposé à la lésion.

Le second phénomène possède une valeur séméiologique pratique ; il consiste en ce fait que la modification passive de la position d'une jambe qui, de sa position en extension, est amenée en flexion, engendre une hypertonie en flexion et par conséquent la flexion de l'autre jambe (réflexe de posture de la jambe sur la jambe).

D'après de nombreuses observations anatomo-cliniques, dont il rapporte deux exemples, l'auteur établit les données suivantes : 1° Il s'agit sans doute d'un réflexe de posture dans le sens de Magnus, car il est la manifestation de la modification du tonus musculaire produite par le changement de posture d'un segment du corps, et représente une réaction posturale à des stimulations proprioceptives qui tirent leur origine de l'articulation de la hanche ou des muscles de cette articulation ; 2° Ce réflexe est toujours lié à la présence d'une hypertonie en flexion des extrémités inférieures ; 3° Quand ce phénomène apparaît chez des individus de plus de deux ans, il doit être considéré comme un symptôme d'altération de l'activité cérébrale ; 4° Par sa présence d'un seul côté, il prouve que, du côté opposé, il existe une lésion cérébrale.

J. Tusques.

Trois cas mortels de poliomyélite à type bulbaire, par W. G. Scott Brown. *The Journal of Neurology and Psychopathology,* avril 1932.

Les trois cas débutèrent par une infection pharyngée et deux fois après tonsillectomie. Les signes d'invasion généralisés furent bientôt suivis de paralysies multiples de nerfs craniens. La confirmation anatomique ne paraît pas laisser de doutes sur la légitimité du diagnostic posé. L'évolution est caractéristique ; les lésions montent des terminaisons nerveuses vers les centres et l'infiltration des racines et des noyaux irradie en certains points vers le Pont. L'auteur démontre, dans la réaction cellulaire inflammatoire, la prédominance des éléments de la microglie et des lymphocytes.

P. Carrette.

Myélite funiculaire de Lichtheim consécutive à l'anémie pernicieuse. Guérison par le traitement hépatique, par Gonzala R. Lafora et Mariano Bustamante. *Archivos de Neurobiologia*, Janvier-février 1932.

En présence de tout syndrome médullaire diffus à progression rapide et de cause inconnue, un examen de sang s'impose. Il arrive que l'on découvre ainsi, assez précocement pour intervenir à temps, une de ces manifestations neurologiques initiales de l'anémie pernicieuse dont le mérite de l'individualisation clinique revient à Lichtheim (1887). La transfusion sanguine est parfois le seul traitement d'urgence, mais il ne saurait amener la guérison. Il doit être immédiatement suivi de la cure de foie par la méthode de Whipple. La dose utile dépend essentiellement du cas et du sujet ; elle est atteinte quand l'urobilinogène de l'urine tend à disparaître.

L'acide chlorhydrique administré au cours des repas complète le traitement hépatique.

P. Carrette.

Sur un cas de sclérose en plaques à évolution rapide, par D. Paulian. *La semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1931.

La malade meurt à 25 ans ; sa maladie a duré 3 ans 1/2. L'examen anatomique indique le polymorphisme des lésions dont les foyers sont extrêmement nombreux. A l'atrophie des éléments nerveux se sont ajoutées des lésions inflammatoires périvasculaires. La démyélinisation est d'une intensité exceptionnelle et cantonnée aux fibres des centres. Paulian suppose qu'il s'agit d'une forme d'encéphalomyélite disséminée à rapprocher des névraxites décrites récemment à la suite de maladies infectieuses.

P. Carrette.

Sclérose atypique diffuse, par K. Löwenberg et M. Fulstow. *Archives of Neurology and Psychiatry*, février 1932.

Il faut renoncer à constituer un syndrome neuro-psychique défini avec les signes extrêmement variables déterminés par ces scléroses diffuses de l'encéphale. L'intérêt de tels cas réside dans l'étude histologique. Les auteurs présentent un sujet atteint de démence d'allure paranoïde accompagnée d'atrophie musculaire progressive. L'affection, qui a débuté vers 26 ans, a duré 11 années.

Les altérations primitivement semblent avoir touché la substance blanche où les gaines de myéline sont détruites et remplacées d'abord par du tissu glial, puis, à un stade plus avancé, par des fibres conjonctives, pour aboutir à la dégénérescence hyaline. Les hémisphères cérébraux et cérébelleux ont subi des altérations très étendues. La substance grise, la leptoméninge cérébelleuse sont aussi lésées dans certaines régions ; les éléments nerveux ont dégénéré et le tissu a subi des infiltrations vasculaires.

P. Carrette.

Sclérose multiple associée à un diabète insipide amélioré par la ponction lombaire, par Ernest Q. King. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, mars 1932.

Le diabète insipide, la léthargie, l'intolérance au froid font penser à des lésions hypothalamiques. L'auteur suppose que la soustraction d'une cer-

taine quantité de liquide céphalo-rachidien a modifié favorablement le régime vasculaire local et libéré le tissu nerveux d'une compression, soit par des adhérences, soit par l'excès de liquide. P. CARRETTE.

Sclérose latérale amyotrophique à début pseudopolynévritique, par Rafael Hernandez RAMIREZ et Arturo José SCOPINARO. *La Semana Medica*, 17 mars 1932.

Description d'un cas assez complexe avec syndrome paraplégique, amyotrophie du type Aran-Duchenne et terminaison par une paralysie labio-glosso-laryngée. Les phénomènes douloureux très intenses et persistants ne s'accompagnent pas de troubles objectifs de la sensibilité. La possibilité d'une radiculite avec méningite spécifique n'a pas été confirmée biologiquement : le liquide céphalo-rachidien est normal. P. CARRETTE.

Quelques troubles attribuables au spina bifida occulta, par J. Ed. SAMSON, (in *L'Union Médicale du Canada*, février 1932, page 386).

De ces quatre observations l'auteur conclut que le spina bifida occulta peut déterminer des troubles trophiques importants, des troubles énurésiques prolongés, des phénomènes douloureux inexplicables, des troubles moteurs, sensitifs et ataxiques rendant quelquefois le diagnostic difficile. L'opération bien conduite est sans danger et rend un réel service au malade si le spina est le seul agent causal. R. C.

De l'association du pneumocoque et du méningocoque dans les méningites cérébro-spinales, par Joseph CHALIER et Albert GUICHARD. *Le Progrès Médical*, 26 décembre 1931.

C'est une éventualité assez rare. La voie d'entrée est sans doute variable : fosses nasales, oreille ou infection sanguine pour certains auteurs qui croient à l'origine circulatoire de la pneumonie. L'allure clinique est généralement plus sévère que dans la méningite cérébro-spinale. Les méningites à pneumocoques sont d'un pronostic déjà très réservé. L'association des deux formes, démontrée par l'examen du liquide céphalo-rachidien, est plus redoutable encore. La thérapeutique ne dispose pas de ressources spéciales pour la combattre. Le sérum antipneumonique a été essayé, mais son efficacité est douteuse. P. CARRETTE.

Les formes lentes de l'infection méningococcique, par Henri ROGER et Yves POURSINES. *La Presse Médicale*, 16 janvier 1932.

La méningite cérébro-spinale classique se prolonge parfois à cause de localisations secondaires ou de complications ventriculaires. Elle peut durer un an dans certains cas : forme à rechutes de Bertrand ou forme cachectisante de Debré, véritable pyocéphalie. Les rechutes doivent être traitées par la sérothérapie intra-rachidienne alors que la forme cachectisante est justiciable de l'introduction de sérum dans la cavité ventriculaire. Henri Roger a décrit un autre syndrome, expression de la septicémie méningococcique, c'est la forme pseudo-palustre, rebelle aux thérapeutiques courantes et contre laquelle on a essayé sans grand succès le vaccin, l'endoprotéinothérapie, la chimiothérapie par le jaune d'acridine. P. CARRETTE.

Arachnoïdite spinale chronique essentielle, par K. HENNER. *Bratislavské Lekarske Listy,* octobre 1931.

C'est un diagnostic auquel nous ne sommes pas encore habitués. On commet souvent l'arreur de croire à une sclérose en plaques ou à une tumeur comprimant la moelle. Ce qui augmente la confusion c'est la présence fréquente de kystes. Dans le cas présent un certain nombre de cavités existaient ; l'une d'elles contenait le lipiodol injecté pour préciser le diagnostic. Les douleurs, les troubles paraplégiques furent améliorés par l'ouverture chirurgicale des cavités d'où le liquide s'échappait avec une forte pression.

La radiothérapie est considérée par l'auteur comme un complément de l'intervention chirurgicale qu'elle ne doit pas devancer.

P. CARRETTE.

Méningite séreuse à localisations multiples, par MM. CLAUDE, VELTER et Th. de MARTEL. (*Revue neurologique,* t. 1, nº 3, 1931).

Les auteurs relatent l'observation d'une malade, qui présentait des symptômes neurologiques de localisation diverse avec hypertension intra-crânienne, et fut considérablement améliorée par deux trépanations décompressives suivies de ponctions ventriculaires répétées. Ils insistent sur la distinction entre une néoplasie et une hydrocéphalie de cause purement inflammatoire, telle que la méningite séreuse que présentait cette malade, et sur l'efficacité de la trépanation décompressive sur les modifications de l'hydraulique ventriculaire et paraventriculaire ainsi que sur la stase papillaire, dans les hypertensions sans tumeurs et dans les méningites séreuses.

J. TUSQUES.

Contribution au diagnostic des compression médullaires, par H. JESSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica,* Copenhague, fasc. 1 et II, 1932.

Une période de névralgies à localisations incertaines, des modifications également imprécises de la sensibilité avec tendance à l'accentuation constituent assez souvent le stade prémontoire des tumeurs extramédullaires, surtout de celles de la queue de cheval. Cet état peut se prolonger longtemps. Sa bénignité apparente est un danger, car la tumeur évolue et le diagnostic clinique se précise alors qu'il est trop tard pour intervenir. En présence des signes sensitifs du début, il faut recourir à la ponction combinée sous-occipito-lombaire qui peut fournir un signe précieux : le taux différent de l'albumine du liquide retiré dans la région bulbo-cervicale et de celui de la région lombaire. L'épreuve au lipiodol, l'examen radiologique total et de profil, en tenant compte de l'inclinaison de l'apophyse épineuse dorsale dans la fixation des repères, permettent de faire un diagnostic exact de localisation.

P. CARRETTE.

La cordotomie antéro-latérale chez l'homme, par O. FOERSTER et GAGEL. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXVIII (1932), p. 1 à 92.

Très important article consacré à l'étude clinique, anatomo-physio-pathologique du cordon antéro-latéral. La section du cordon montre que les voies ascendantes qui passent dans cette portion de la moelle naîtraient exclusi-

vement des grosses cellules de la corne postérieure (en particulier celles du faisceau de Gowers). Le croisement des fibres situées dans le cordon latéral, issues du segment correspondant de la corne postérieure, s'effectue au niveau du segment immédiatement supérieur. Toutes les fibres ascendantes ainsi croisées montent en droite ligne, certaines deviennent dorsales et suivent un trajet analogue à celles du f. de Flechsig. Les fibres descendantes proviennent presque exclusivement du noyau de Deiters. La section du cordon entraîne une analgésie totale dans tous les segments du corps qui envoient des fibres à la partie de la moelle sous-jacente, à l'exception du segment métamérique correspondant au segment médullaire sous-jacent à la section. La section unilatérale provoque l'analgésie de l'hémicorps opposé. La sensibilité thermique est abolie. Il existe cependant une altération des impressions douloureuses du même côté que la section. Ce croisement incomplet des fibres est très net pour les impressions thermiques. Quant à la restauration de la sensibilité après la cordotomie, elle s'établit tantôt quelques semaines, tantôt quelques mois après, parfois même après des années. Les sensations thermiques reviennent avant les sensations douloureuses. Quant à la systématisation des fibres à fonction distincte, les auteurs la reproduisent sur un très remarquable shéma. Les divers segments somatiques envoient dans le cordon postérieur des fibres d'autant plus externes qu'il s'agit de segments plus élevés. Dans le cordon latéral fondamental la disposition serait inverse. Dans la portion antéro-latérale proprement dite les voies de la sensibilité à la pression occuperaient le cordon antérieur proprement dit, les sensations kinesthésiques douloureuses et thermiques s'étaleraient en éventail d'arrière en avant et de dedans en dehors. Toujours les segments les plus inférieurs seraient les plus externes. Naturellement la section du cordon intéresse aussi les voies descendantes, mais elle ne provoque l'apparition d'aucun phénomène paralytique, d'aucun trouble ataxique ni de l'équilibration. Dans trois cas on a noté l'abolition des réflexes patellaires et achilléens.

Henri Ey.

ANATOMIE

Les lésions cérébrales dans la démence précoce. Nouveaux cas, par F. d'Hollander et Ch. Rouvroy. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1932).

Deux nouvelles observations de démence précoce type Morel avec examen anatomo-pathologique et planches micro-photographiques. Les auteurs croient à l'existence de lésions conjonctivo-vasculaires dans la démence précoce, contrairement à l'opinion courante. Ce ne sont pas, pour eux, des lésions surajoutées, mais des lésions propres à la démence précoce.

Sengès.

Histopathologie de la démence sénile, par Ferrer y Cagigal et Diego-Ferrer (*Revista de Medicina legal, Criminologia y psiquiatria forense*, 1re année, nº 3, jnin 1932).

Les lésions histologiques caractéristiques de la démence sénile sont au nombre de deux : les plaques et l'altération d'Alzheimer ; elles représentent toutes les deux un processus de dégénération nécrotique plus ou

moins lent. L'altération d'Alzheimer se caractérise par la transformation du fin réticulum neurofibrillaire en une série de faisceaux épais, denses, irréguliers, disposés en forme de pelotes ou de figures bouclées.

Les auteurs considèrent la plaque sénile comme le résultat d'un processus probablement toxique qui a l'habitude d'apparaître dans les états très avancés ou chez les individus atteints de sénilité prématurée. La caractéristique de cette lésion est la formation de petits foyers de nécrose miliaire où tous les éléments compris dans la zone s'altèrent. Dans les neurones la lésion commence par des atteintes neurofibrillaires qui entraînent d'abord la formation des boucles d'Alzheimer, puis un éclatement de la cellule. La névroglie subit un processus de dégénération qui conduit à une totale désintégration. LAUZIER.

La commissure grise. Etude anatomo-clinique, par Ferdinand MOREL et J. WEISSPEILER (de Genève) (avec une planche hors texte). *Encéphale*, novembre 1931, n° 9, page 659.

Etude portant sur un matériel de 175 cerveaux.

Examen microscopique sur coupes sériées. Résultats au point de vue anatomique : la commissure grise est une formation inconstante, rarement double, sans rapports avec les flexus choroïdes non plus qu'avec la membrane épendymaire qui s'insère sur le ténia thalami, mais en relation avec les groupes cellulaires des noyaux internes des couches optiques. Sa structure histologique : recouverte par les cellules épendymaires, reposant sur un stratum névroglique fibrillaire ténu. A l'intérieur, des fibres myélinisées, rares, dispersées, orientées en tous sens et de provenances diverses ; des cellules ganglionnaires d'origine thalamique. Les deux principaux types de cellules intéressées par la commissure grise sont: les cellules communes du noyaux interne de la couche optique, les cellules des formations sous-épendymaires thalamiques. On peut rencontrer aussi des cellules du type : noyau interne de la couche optique.

La pathologie réalise dans la commissure grise des altérations vasculaires, des déformations cellulaires, on n'y trouve jamais de plaques séniles. L'homme est plus souvent privé de commissure grise que la femme, 27 0/0 pour le premier, 10,4 0/0 pour la seconde ; « sur ce point apparaît le caractère sexuel de l'encéphale ».

Dans l'idiotie, la démence précoce et la chorée de Huntington, la proportion d'agenesie de la commissure grise est égale à 0 0/0.

Dans l'intoxication alcoolique, on trouve une proportion de 50 0/0 d'agenesie de la commissure grise. Roger ANGLADE.

Connexions blanches de l'Antimur humain, par G. PINTUS (de Cagliari). (*Archivio generale di Neurologia, psichiatria e psicoanalisi*), volume XIII, 1932.

L'auteur dit combien il est difficile d'individualiser avec certitude les voies afférentes et efférentes de l'anti-mur. Il n'étudie que les connexions blanches, en rapport avec les deux capsules qui le délimitent et les organes immédiatement voisins.

Il recherche spécialement dans ses préparations les fibres myéliniques qui paraissent arriver à l'anti-mur des circonvolutions T_1 et F_3. Il émet l'hypothèse que l'anti-mur est un centre sous-cortical intercallaire pour les diververses zones corticales du langage. Paul ABÉLY.

Contribution à l'anatomie pathologique du cervelet. II. Les maladies de la substance blanche du cervelet et de ses noyaux, particulièrement du noyau dentelé, par H. J. SCHERER (de Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, avril 1932, Tome CXXXIX, Cahiers 3 et 4, pages 337 à 369.

L'auteur continue l'exposé de ses recherches anatomopathologiques entreprises sur un matériel considérable (300 cas). Les modifications de la substance cérébelleuse y sont étudiées, surtout dans les cas d'atrophie et de lésions vasculaires séniles. C'est aux lésions du noyau dentelé que l'auteur s'est particulièrement attaché. L'article se termine par des considérations pathogéniques. Le rôle des intoxications, surtout endogènes, est mis en évidence (particulièrement pour le noyau dentelé). Les lésions vasculaires jouent dans les troubles étudiés le plus grand rôle, les lésions inflammatoires au contraire y sont de moindre importance. Cet important travail est très abondamment illustré et muni d'une bibliographie copieuse.

Henri EY.

BIOLOGIE

Recherches sur la teneur du liquide rachidien en cellules et en albumine chez les patients atteints de schizophrénie, par V. HAHNEMANN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Copenhague, fasc. I et II, 1932.

On tend à admettre aujourd'hui que la teneur du liquide céphalo-rachidien en cellules et en albumine est plus faible normalement qu'on ne l'avait cru au début des recherches. C'est ainsi que de nombreux liquides nous apparaissent comme pathologiques qu'on considérait autrefois comme n'ayant subi aucune altération. Le taux de l'albumine ne doit pas dépasser 15 ou 20, et les cellules 1 pour 3 mmc. L'auteur trouve, chez 60 déments précoces, un peu plus d'un tiers de réactions méningées, soit au début, soit à l'occasion de phases évolutives, ce qui tendrait à prouver l'intervention relativement fréquente d'un processus inflammatoire dans le décours des états schizophréniques.

P. CARRETTE.

Les recherches sur le liquide céphalo-rachidien des déments précoces durant les trois dernières années, par U. DE GIACOMO (de Catane) (*Revista di Patologia nervosa et mentale)*, avril 1932.

Dans une très importante et très complète revue générale, l'auteur examine toutes les recherches physiques, chimiques, biologiques et physiologiques faites sur le liquide céphalo-rachidien des déments précoces dans tous les pays, durant les années 1929, 1930, 1931.

L'article est d'une rare et précieuse richesse bibliographique.

M. de Giacomo groupe toutes les conclusions et tente d'établir les pourcentages. Il conclut que le liquide céphalo-rachidien des déments précoces présente des altérations généralement légères mais cependant significatives. Ces altérations consistent avant tout en un ralentissement des échanges hémato-cérébraux (diminution de la perméabilité méningée et de la rapidité d'absorption du liquide) et en une légère augmentation des fractions protéïques (sans lymphocytose). Elles sont beaucoup plus fréquentes dans les formes hébéphréno-catatoniques que dans les formes paranoïdes, dans les

formes anciennes que dans les récentes. Dans la majorité des cas, il semble que l'on doive penser à un véritable processus inflammatoire des centres nerveux. Paul ABÉLY.

Recherches bio-chimiques sur le liquide céphalo-rachidien des déments précoces avant et après la malariathérapie, par C. RONCATI (de Côme). *Note et Rivista di Psichiatria,* (mai 1932).

L'auteur a recherché, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des déments précoces, la teneur en cholestérine avant et après le traitement par la malaria. Il a constaté qu'en règle générale le taux de la cholestérine est augmenté dans les formes initiales de la maladie, cela aussi bien dans le sang que dans le liquide, avant l'impaludation.

Après le traitement malarique, il y a rupture d'équilibre de la cholestérine ; on constate, dans certains cas, une augmentation extrêmement rapide, dans d'autres, une augmentation plus lente. Puis, par la suite, ce déséquilibre tend à disparaître et l'on aboutit à l'équilibre primitif.

Dans les états démentiels terminaux, ce phénomène ne se produit pas, et l'impaludation ne provoque aucune modification du taux de cholestérine du liquide céphalo-rachidien. Paul ABÉLY.

L'influence de la malariathérapie sur la perméabilité méningée au cours de la paralysie générale, par J. DRETLER. (*Rocz. Psychj.*, fasc. XVII, 1932, p. 121).

Chez 90 paralytiques généraux, M. J. Dretler étudie l'influence de la malariathérapie sur la perméabilité méningée. M. Dretler emploie la technique de Walter modifiée par Pinkussen et basée sur les modifications du quotient de perméabilité pour les bromures après la désalbuminisation des liquides. M. Dretler répartit les malades étudiés en 6 groupes, suivant les modalités de la réalisation de la malaria et les résultats thérapeutiques obtenus. Ces recherches prouvent que la malariathérapie augmente le quotient de perméabilité en diminuant les taux des bromures dans le liquide céphalo-rachidien. On peut même présumer, avec certaines chances de probabilité, un degré de parallélisme entre l'augmentation du quotient de perméabilité et l'amélioration de l'état psychique.

Les réactions sérologiques (Wassermann, Meinicke) n'ont pas de relation évidente avec le quotient de perméabilité.

Par contre, il semble qu'il existe un rapport entre la perméabilité méningée, les réactions chimiques (Pandy, Nonne-Appelt, le taux de l'albumine) et la pléocytose. Moins il y a d'albumine et plus faible est la pléocytose — plus le quotient se rapproche de la normale.

L'état somatique, le nombre d'accès fébriles, le temps qui sépare l'accident primitif de l'installation de la paralysie générale n'influencent pas le quotient de perméabilité. L'amélioration psychique concorde avec les variations du quotient dans 50 0/0 de cas, cependant M. Dretler considère ce chiffre comme trop faible pour lui attribuer une valeur réelle.

En somme, seule l'augmentation du quotient de perméabilité après la malariathérapie demeure certaine. Mais son mécanisme échappe encore entièrement aux investigations.

FRIBOURG-BLANC.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 mars 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mars 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 avril 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

En raison des vacances de Pâques, la Société ne tiendra pas au mois d'avril de séance supplémentaire.

Nécrologie.

M. le Dr J. LEVET, Médecin honoraire des Asiles publics d'aliénés, membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le Dr BASTIÉ est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

Est rapporté l'arrêté nommant M. le Dr REQUET, médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés (Sainte-Madeleine), à Bourg (Ain).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés (Sainte-Madeleine), à Bourg (Ain) ;

un poste de médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés de La Cellette (Corrèze).

Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés.

Comité pour 1933

Président : M. J. Baruk.
Vice-Présidents : MM. J. Hamel et G. Vernet.
Secrétaire : M. Demay.
Trésorier : M. Lauzier.
Membres : MM. Barbé, Beaussart, Briau, Desruelles, Mignot, Ollivier, Schützenberger.

Le numéro de janvier 1933 de *L'Aliéniste Français* publie (pages 59-64) les affectations actuelles des Médecins et Directeurs des Etablissements publics d'aliénés de France.

Société médicale des Asiles de la Seine.

Bureau pour 1933

Président : M. Demay (Maison-Blanche).
Vice-Président : M. Courbon (Perray-Vaucluse).
Secrétaire : M. Beaudouin (Maison-Blanche).
Trésorier : M. Sengès (Moisselles).

Concours pour 12 postes de Médecin des Asiles publics d'Aliénés.

La date d'ouverture de ce Concours est reportée au *lundi 13 mars 1933.*

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVII^e session (Rabat, 7-13 avril 1933)

Inscriptions à l'ordre du jour des séances.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux discussions des rapports, ou présenter des travaux, sont priés de s'inscrire, *le plus tôt possible* et *avant le 20 mars 1933,* auprès du Secrétaire général [D^r René Charpentier, 119, rue Perronet à Neuilly-sur-Seine (Seine)], en indiquant le titre exact de leurs communications.

En dehors des questions mises à l'ordre du jour de la session, il peut être accepté des communications sur tous sujets de *psychiatrie,* de *neurologie,* d'*assistance, thérapeutique* et *médecine légale neuro-psychiatriques.*

Nouvelle réduction des frais de voyage accordée aux Congressistes.

La *Compagnie de Navigation Mixte* (*Cie Touache*) a bien voulu accorder aux Congressistes qui désireraient utiliser ses lignes (de Port-Vendres ou Marseille à Oran ou Alger, par exemple), une réduction de 30 0/0 sur le montant de leurs frais de traversée aller simple et de 35 0/0 sur l'aller et retour, la validité du retour étant d'un mois.

Visite de Tanger.

L'Office de Tourisme de la Zône de Tanger a bien voulu offrir de guider pour la visite de la ville les Congressistes qui passeront par Tanger pour se rendre à Rabat ou en revenir.

XVIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris : lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 mai 1933

Composition du Bureau.

Président : M. le Doyen Balthazard.
Vice-présidents : MM. Belot, René Charpentier et Lévy-Valensi.
Secrétaire général : M. Piédelièvre.

Questions à l'ordre du jour :

1° Médecine Légale : *La Médecine légale bactériologique,* par M. Chavigny (de Strasbourg).

2° Pathologie traumatique : *Le Delirium tremens,* par M. Mazel (de Lyon).

3° Criminologie : *Les Aliénés en liberté,* par M. Henri Claude (de Paris).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé).* — 45.832

Tome I. — N° 3 Mars 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

LE TRAITEMENT PSYCHOTHERAPIQUE DES MALADIES MENTALES (1)

PAR

A. REPOND

Nous limitons notre sujet à l'action des moyens psychologiques sur les psychoses dites fonctionnelles : nous n'oublierons pas, cependant, que la psychothérapie peut exercer une certaine influence sur les symptômes secondaires des maladies mentales dites organiques, atténuer l'acuité de certains phénomènes pathologiques, rendre le comportement du malade plus facile, diminuer ses souffrances, etc.

Cependant, l'action psychothérapique ou sociale sur les psychoses fonctionnelles est de toute autre importance : l'expérience montre en effet que ces dernières peuvent être essentiellement modifiées dans leur cours par de pareilles interventions, que, par exemple, la marche de l'affection peut en être arrêtée, qu'une guérison peut s'ensuivre et qu'à tout le moins, une grande amélioration des symptômes peut être obtenue. Reconnaissons d'abord

(1) Rapport présenté à la Société Suisse de Psychiatrie dans sa séance du 4 juin 1932.

que les relations de cause à effet entre action psychologique et résultat thérapeutique ne sont pas toujours faciles à établir. Nous constatons bien que telle intervention psychothérapique est suivie d'une modification plus ou moins profonde du cours de l'affection, que ces deux phénomènes se suivent si immédiatement, que l'on est en droit de parler d'une relation de cause à effet. Cependant, et bien que cette relation soit manifeste dans un assez grand nombre de cas, elle n'est pas régulière et ne permet donc pas d'en tirer des lois psychologiques. De plus, l'action psychothérapique n'est pas dosable, ses effets souvent pas prévisibles et cette incertitude montre bien qu'il existe dans les problèmes psychologiques un grand nombre d'inconnues et ceci au point que même en connaissant la mentalité du malade, en ayant étudié son comportement, on n'est pas en état encore de tirer de ses réactions passées, des prévisions absolument certaines pour l'avenir.

Cette incertitude où nous sommes quant au pronostic de notre action pychothérapique individuelle fait qu'il n'est pas sans intérêt d'aborder sommairement ces problèmes sous un aspect général, qui permettra peut-être de discerner certaines grandes lignes moins visibles dans l'étude des cas particuliers.

L'histoire des maladies mentales dans les temps passés peut ainsi nous donner quelques renseignements. Nous devrions plutôt dire l'absence d'histoire des maladies mentales, car il est frappant de voir que les aliénés n'ont nullement posé aux sociétés anciennes les mêmes problèmes qu'à celle d'aujourd'hui. Nous savons pourtant, d'après la description de certains médecins de l'antiquité, Hippocrate, par exemple, que les tableaux nosologiques des psychoses ne différaient pas de ceux que nous voyons maintenant. Nous ignorons par contre si la fréquence de ces affections a été moindre autrefois qu'actuellement. Pour apprécier ce point, il faut d'ailleurs tenir compte du fait que la plupart des malades mentaux sont constitutionnellement tarés, aussi au point de vue corporel, plus sujets donc à une mortalité précoce, moins résistants aux maladies infectieuses, etc., alors qu'aujourd'hui, grâce à l'hygiène générale, on maintient en vie bien des individus qui étaient éliminés naturellement autrefois. Même en admettant que cette sélection naturelle ait beaucoup diminué le nombre des aliénés adultes, il n'en reste pas moins que ces maladies ne semblent guère avoir causé de difficultés dans les sociétés anciennes, pas même dans celles qui, comme la Grèce ou la Rome antique, étaient aussi policées que la nôtre. On peut donc se demander si la vie psychique collective, de l'antiquité aux temps modernes même, puisque l'assistance psychiatrique régulière remonte à

peine au début du XIXe siècle, ne réussissait pas, par certaines formes de son activité à absorber, à neutraliser tout au moins, bien des personnalités anormales, qui ne trouvent pas place dans notre société actuelle. Ce problème n'est pas sans intérêt, et jette aussi quelques lumières sur l'action pathogène de certaines tendances psychologiques que nous trouvons, grâce à la psychanalyse, à l'œuvre dans beaucoup de psychoses fonctionnelles, telles par exemple que les phénomènes d'auto-punition.

Les mouvements religieux collectifs d'autrefois étaient beaucoup plus puissants, plus fréquents, plus grégaires, que ce n'est le cas de nos jours. Les idées magiques primitives déterminaient impérieusement une grande partie des réactions individuelles et collectives, ainsi que le montre bien la croyance universelle aux démonopathies et à la sorcellerie. Mais à côté de ces éléments négatifs de terreur et d'angoisse, la religion offrait bien des compensations psychiques et la possibilité notamment de satisfaire les mécanismes d'autopunition. Mentionnons, par exemple, les pèlerinages où l'on se rendait pour faire pénitence, au prix de grandes privations, de nombreux dangers et souvent même au péril de sa vie. Les bizarreries les plus extrêmes du comportement pouvaient se donner libre cours dans ces manifestations, comme par exemple de faire le chemin à plat ventre, à genoux, etc. Il est naturel que de pareilles autopunitions religieuses, consacrées par l'usage, reconnues comme extrêmement méritoires, favorisées par l'ambiance, aient pu absorber l'activité psychique de nombreux malades mentaux. Il en est de même des procès de sorcellerie, qui ne sont guère explicables, au point de vue psychologique, si l'on n'y fait intervenir les mécanismes d'autopunition, manifestes dans les cas nombreux où les prétendus possédés s'accusaient spontanément.

Aujourd'hui encore, dans certains pays orientaux, où la mentalité religieuse est fort primitive, nombreuses sont les cérémonies collectives d'autopunition, par exemple dans l'islamisme, les fêtes qui commémorent l'assassinat D'Ali, le gendre de Mahomet, chez les Indous, les fêtes du Jagernauth, ou encore le fakirisme, les sociétés secrètes qui semblent absorber aisément bien des anomalies psychiques. J'ai pour ma part en observant dans le Caucase d'avant-guerre certains fakirs entourés du respect universel, eu l'impression très nette, d'après leurs attitudes de rigidité, leur autisme, et la manière dont immobiles ils fixaient le soleil, qu'il s'agissait de formes assez classiques de catatonie. Un de mes anciens malades, catatonique grave, dont le comportement anormal exigeait en Europe un internement assez strict, vit depuis

quelques années au Maroc avec un infirmier. Il y jouit de la plus grande liberté, fréquentant exclusivement des indigènes. Il pénètre partout dans les douars, à la campagne, entrant dans les tentes des femmes, ce qu'aucun autre Européen ne pourrait se permettre. Il y est unanimement respecté, on baise la manche de son habit quand il passe, bref, il est tout au moins considéré comme un saint personnage.

Une telle attitude de la société en face des malades mentaux peut nous donner quelques-unes des raisons pour lesquelles l'aliéné n'était pas autrefois un problème social comme il l'est aujourd'hui. S'il n'est pas juste de dire que la civilisation crée la folie, il faut renconnaître par contre que la vie civilisée moderne ne laisse guère de place aux anormaux mentaux, qu'elle ne dispose plus, en général, de moyens psychologiques collectifs pour les absorber, que la structure économique actuelle les fait rejeter comme des non-valeurs, et enfin, que le développement de l'individualisme tendant à restreindre de plus en plus la mentalité primitive, réduit les aliénés à être absolument des out-casts. Participant autrefois à la vie sociale par leur primitivité même, et par leurs attitudes régressives, ils ne trouvent plus, dans nos sociétés organisées, d'occasion de déployer normalement pourrait-on dire, librement en tout cas, ces mécanismes magiques primitifs, que l'homme civilisé s'efforce de plus en plus de bannir, de refouler et d'ignorer.

Les malades mentaux, autrefois partie intégrante de la vie magique primitive de la collectivité et même animateurs de celle-ci, ne jouent plus ce rôle et sont même devenus des ennemis que la société, dans l'ignorance où elle veut être de ses origines, tend instinctivement à éliminer, comme elle le faisait autrefois pour les lépreux. Enfermés dans les asiles, toute possibilité d'extériorisation adéquate, en harmonie avec l'insconscient collectif, est déniée à ces malades. Ces constatations pourront nous permettre de chercher si une thérapeutique plus psychologique ne serait pas de nature à combler cette lacune.

II

L'asile est, de nos jours, le milieu psychothérapique obligatoire pour l'immense majorité des malades mentaux.

Or, il faut bien reconnaître, en premier lieu, que l'asile n'a pas, au début, été conçu et organisé, ni même ne l'est encore bien souvent, pour être un agent de guérison, un milieu thérapeutique,

mais bien plutôt comme un lieu de séquestration où le malade mental est isolé de manière à l'empêcher de nuire. L'asile est encore, dans la conception populaire, la prison qu'on inflige aux individus dont la mentalité s'oppose d'une manière excessive et anormale à la mentalité collective. L'abondance des précautions que l'on prend dans certains pays pour se protéger contre les improbables séquestrations arbitraires, donne bien la mesure du sentiment de culpabilité inconscient que l'on éprouve à la pensée de l'internement imposé aux malades mentaux. Car enfin, si l'on considère que l'asile est un milieu thérapeutique de choix, un endroit où le malade recouvrera le bonheur de la santé, où il sera entouré des meilleurs soins et sera plus heureux que dans ses circonstances habituelles, on ne ferait pas tant d'histoires pour prévenir que ce bienfait ne soit dévolu à des gens qui ne le méritent pas, c'est-à-dire aux sains d'esprit.

Les dissertations médicales se font heureusement plus rares qui, faisant de nécessité vertu, prétendent que l'établissement d'aliénés est le milieu thérapeutique par excellence pour ces derniers et attribuent au fait d'enlever le malade à son milieu habituel, à son isolement, des vertus curatives particulières. Cette conception si peu objective a eu, pendant longtemps, des résultats néfastes au point de vue du traitement des malades mentaux. Aujourd'hui encore, après les grands progrès réalisés par la technique hospitalière, il faut bien se dire que le maximum des avantages que peut présenter l'établissement psychiatrique le plus moderne, c'est qu'on y peut concentrer une certaine quantité de facilités techniques et médicales permettant de faire face plus aisément aux éventualités et aux dangers que présente l'évolution d'une psychose. Cela ne préjuge en rien de la question de savoir si les désavantages, inhérents à la vie hospitalière, matériels mais surtout psychologiques, ne contrebalancent pas, ou n'excèdent pas la totalité des avantages que l'asile peut offrir. Aussi, le vieil adage médical : « primum non nocere » devrait-il inspirer toute la thérapeutique hospitalière. Il ne faut pas oublier non plus que le milieu hospitalier, après avoir été favorable au malade au début d'une crise par exemple, peut lui devenir franchement nuisible à un moment donné, lorsque des considérations sociales exigent cependant qu'il y soit maintenu : on ne saurait, dès ce moment, parler d'une action thérapeutique, et tous les efforts peuvent seulement tendre à limiter à un minimum le tort que le séjour forcé dans un milieu défavorable peut causer au malade.

Le traitement de la plupart des affections mentales est encore presque purement symptomatique, chose assez naturelle, aussi

longtemps que les descriptions de syndromes n'ont pas fait place à des tableaux nosologiques et que l'étiologie nous demeure inconnue. Cela a conduit néanmoins, pratiquement à un schématisme assez néfaste, car il n'est pas du tout indifférent, au point de vue thérapeutique, qu'une crise maniaque épisodique chez un schizophrène soit traitée de même qu'une manie chez un cyclothyme. Seule la compréhension psychologique de ces cas permettra de tempérer le schématisme de la technique hospitalière qui, suivant la mode du moment, exigera que tous les maniaques soient absolument isolés, ou, au contraire, avec Kræpelin, considérera l'isolement comme néfaste dans tous les cas et érigera cette défense à la hauteur d'un dogme ou enfin ne verra de salut pour le malade que s'il est obligé de travailler. Cette schématisation dangereuse du traitement des malades mentaux est malheureusement presque inhérente au fonctionnement des grands asiles, même si le nombre des médecins y est suffisant, ce qui est rarement le cas. Il est clair, en effet, que toute psychothérapie individuelle est impossible quand chaque médecin doit s'occuper de plus d'une centaine de malades, voire même, comme dans certains asiles, de plusieurs centaines.

L'établissement d'aliénés étant actuellement le milieu nécessaire, sinon idéal, où doivent être soignées la plupart des psychoses, il s'agit de voir quelles sont les exigences qu'il devrait satisfaire pour remplir son rôle psychothérapeutique et pour restreindre à un minimum les dangers qu'il peut présenter. Ces derniers sont presque exclusivement d'ordre psychologique. La plupart des malades mentaux, en effet, à l'exception de certains organiques, non seulement ont conscience du milieu dans lequel ils vivent, mais en ressentent profondément et adéquatement l'ambiance morale. Eprouvés par le milieu, ils pourront exprimer normalement leurs sentiments positifs ou négatifs, mais beaucoup d'entre eux ne sauront les extériorer que de façon indirecte, plus ou moins anormale, symbolique, des troubles du comportement et de l'attitude, par exemple, qui devront être interprétés pour être compris.

L'étude des réactions affectives du malade mental à l'influence du milieu hospitalier, est d'une grande importance car ces dernières peuvent exercer une influence déterminante sur les symptômes et même sur le cours de certaines psychoses (schizophréniques et cyclothymiques surtout). On n'apporte pas encore à ces questions toute l'attention qu'elles méritent. Pour les médecins, en effet, qui sont persuadés que la médication psychologique est sans influence sur le cours de la maladie, tout cela n'a guère d'im-

portance, et ne les affecte qu'en ce que les attitudes d'opposition portent atteinte à la discipline de l'établissement. Il n'est pas rare non plus de voir les médecins réagir par de la colère, de la rancune ou une indifférence affectée aux protestations des malades qui les atteignent dans leur narcissisme. Les malades et leurs familles attachent, en revanche, instinctivement, une importance énorme et souvent exagérée aux réactions affectives que provoque le milieu hospitalier, et les considèrent presque toujours comme funestes. Quel est l'aliéniste, en effet, qui n'a entendu dire : « je deviendrais fou si je devais demeurer dans un asile », ou encore « ceux qui ne sont pas fous à leur entrée dans l'établissement, le deviennent ». Pour excessifs que soient ces sentiments, ils doivent être pris au sérieux car l'établissement d'aliénés se trouve à une sorte de carrefour où se rencontrent un bon nombre des préjugés les plus profonds de la nature humaine et qui ont leur racine dans l'horreur instinctive, presque sacrée, dans le sens du mot latin, inspirée par les maladies mentales. Ces préjugés entretenus par les récits des malades mécontents ou protestataires, de leurs familles, de leurs visiteurs occasionnels, trouvent toujours facilement créance et forment un peu partout, contre les asiles, des centres d'hostilité plus ou moins latents et actifs et que rien ne neutralise. La plupart de nos établissements ont donc beaucoup de détracteurs, forts d'être alliés aux préjugés communs et très peu de défenseurs. Aussi, la majorité de nos malades, lorsqu'on nous les confie, sont-ils déjà sous l'influence d'une suggestion négative préétablie, et donc tout prêts à ressentir et à manifester, dès leur admission, de la méfiance et de la haine contre le milieu hospitalier. Il en résulte que le psychiatre qui aborde dans un asile le traitement d'un malade, traitement où, qu'il en soit conscient ou non, son influence psychologique doit prédominer, se trouve dans la situation paradoxale d'être obligé de l'entreprendre dans les conditions morales les plus défavorables possibles, sur un sujet dont la méfiance est aux aguets.

Nous ne voulons pas discuter ici la question de savoir si les asiles font bien tout ce qui serait nécessaire pour dissiper ces préjugés et transformer en sentiments de confiance les attitudes négatives des malades et de leurs familles. Relevons simplement en passant quelques points importants de psychothérapie hospitalière.

L'établissement voué au traitement des malades mentaux ne devrait pas être un milieu trop sévèrement clos, réglementé, discipliné et figé, mais, au contraire, compréhensif, sympathique, souple et vivant. Trop souvent, le malade est obligé de se plier

bon gré, mal gré, dans le cadre étroit des règlements et d'un ordre du jour de caserne. La réglementation, d'ailleurs nécessaire, des hôpitaux publics a, malheureusement, trop souvent pour conséquence que la liberté individuelle des malades est limitée bien au delà de ce qu'exigerait leur état mental et que l'on attend simplement d'eux qu'ils s'adaptent à cette collectivité dont ils ne doivent pas gêner le fonctionnement automatique. Seule, l'attention la plus soutenue, la plus individuelle, apportée à chaque malade permet de parer à ces inconvénients et de faire en sorte que ce dernier ne soit pas trop opprimé et annihilé par la vie en commun de tous les instants dont le vieil adage latin déclare : « Summa pœnitentia vita communis. »

On objectera que cet assujettissement à une stricte discipline collective n'est guère ressenti que par certains malades lucides et que les autres, notamment la grande masse des schizophrènes chroniques n'y prêtent aucune attention, qu'il leur est même, au contraire, bienfaisant et nécessaire. Cela est exact jusqu'à un certain point, mais il faut considérer en premier lieu que le but de notre thérapeutique n'est pas de former un troupeau de malades dociles et travailleurs, ayant besoin, pour vivre, d'un cadre strict où leur personnalité s'efface, où l'on cultive des automatismes simples, ce qui a pour résultat final d'encombrer les asiles d'une foule de cas chroniques qui y vivent une existence réduite, diminuée, et sont incapables de réoccuper une place, si modeste soit-elle, dans la vie normale.

Notre thérapeutique doit tendre, au contraire, à rendre nos malades à une existence aussi normale que possible en dehors de l'asile, à les réintégrer dans leur cadre social, ce qui n'est guère possible quand leur personnalité a été trop effacée par la vie collective de l'établissement psychiatrique où la routine quotidienne supprime assez vite toute initiative, les enveloppe d'un sentiment infantile de sécurité et les rend exagérément vulnérables aux moindres incidents de la vie normale.

En second lieu, il faut considérer aussi que le milieu psychologique de l'asile est souvent hautement défavorable car il est assez rarement, malgré les apparences de la discipline, déterminé dans un sens thérapeutique.

Cela se voit surtout dans les phénomènes de suggestion collective entre malades. L'agitation, par exemple, se communique aisément de l'un à l'autre, les malades copient mutuellement leurs symptômes. Si l'un d'eux cesse de manger, après peu de jours ses voisins se mettront aussi à pratiquer l'abstinence. Il en est de même pour les scènes de violence, pour déchirer, crier, être

agressif envers le personnel, jeter des objets, etc. Les anomalies du comportement d'un seul malade peuvent rapidement infester de mauvaises habitudes toute une division. Il suffit, d'ailleurs, pour y remédier, de prendre des mesures contre l'individu qui donne le ton, celui chez lequel le symptôme nuisible au bon ordre interprète véritablement une tendance psychopathique quelconque. Les autres malades s'arrêtent alors spontanément, ce qui montre bien que ses symptômes copiés, ces formes particulières d'agitation ou d'opposition ne correspondaient pas chez eux à un besoin réel d'extériorisation symbolique adéquate, mais à une marotte superposée occasionnelle. C'est exactement le même phénomène qu'on rencontre dans toutes les assemblées d'êtres humains où les meneurs donnent le ton.

Le moyen le plus efficace d'empêcher de pareilles épidémies psychiques est d'avoir des services avec un nombre de malades très restreint. Les salles d'observation pour agités ne devraient jamais avoir plus de six à huit lits. S'il s'agit de malades tranquilles, il y a moins d'inconvénients à ce que leur nombre soit plus grand. Même dans les quartiers de chroniques travailleurs, il est impossible d'exercer un contrôle psychologique efficace si plus d'une quinzaine de malades sont réunis. Le contrôle du personnel ne saurait qu'y être superficiel et l'action du médecin, dispersée et seule contre cette masse, ne peut guère y faire régner un esprit favorable. A certains points de vue l'isolement des malades est moins néfaste que leur entassement. Je sais bien que depuis Kræpelin l'isolement thérapeutique paraît bien être devenu une faute psychiatrique grave dans tous les cas, qu'il s'agisse de psychoses graves ou légères, de schizophrènes ou de maniaques, de paralytiques ou d'épileptiques. C'est là une vue schématique que l'expérience contredit, car il est bien des cas où la psychose évolue plus tranquillement et sans présenter de symptômes aussi accusés, lorsque l'isolement est appliqué tantôt occasionnellement, tantôt d'une manière constante et régulière. Cette observation est particulièrement frappante pour les maniaques. Nous avons, comparativement, essayé de traiter des crises successives de manie chez les mêmes malades, soit par l'isolement, soit en salle de surveillance, et nous avons dû constater que la crise évoluait beaucoup plus rapidement et favorablement dans l'isolement, que l'excitation ne tardait pas à disparaître, tandis que ces mêmes malades, maintenus en contact avec d'autres trouvaient partout, à cause de leur excellent rapport affectif, de nouvelles occasions d'agitation et réagissaient avec une intensité constamment accrue aux moindres incidents de la vie en commun. Confinés, au

contraire, dans un isolement strict, avec un minimum de visites médicales et d'interventions du personnel infirmier, l'excitation tombait à plat après peu de jours ; il suffisait d'ailleurs de rompre l'isolement pour que l'excitation reprît de plus belle. — Nous avons pu ainsi réduire, dans le même cas, la durée d'une crise maniaque à trois semaines environ, alors qu'elle dura plusieurs mois quand elle fut traitée en salle de surveillance.

En principe, d'ailleurs, l'isolement ne devrait pas s'appliquer aux schizophrènes et, évidemment, il est tout à fait contre-indiqué chez les malades où existent des tendances prédominantes à l'autisme, cependant, là aussi, il faut individualiser et, dans certains cas où il y a hyperréactivité, l'isolement temporaire et très surveillé peut avoir une action favorable. Au surplus, l'intrication des éléments psychologiques est chez chaque malade si complexe qu'il serait naïf de vouloir attribuer uniquement à l'isolement, ou à la vie collective de la salle de surveillance, l'issue d'un cas, favorable ou non. Cependant, il est manifeste, et cela peut se démontrer presque expérimentalement, que ces mesures ont souvent une importance déterminante sur la symptomatologie. Quand on parle d'isolement, on pense tout naturellement à la cellule, au cabanon. Il va sans dire qu'il faut proscrire absolument l'ancienne cellule sans fenêtre, dépourvue du confort le plus élémentaire. Nous avons trouvé grand avantage à rendre nos chambres d'isolement aussi avenantes que possible, gentiment meublées (meubles de rotin ou d'osier, par exemple), si l'état du malade le permet. Le malade le plus agité apprécie généralement beaucoup ces agréments, sinon au premier moment, du moins après quelques jours. Nous avons même trouvé plus économique, en même temps que d'un excellent effet thérapeutique, de munir ces chambres de tapisseries gaies au lieu de la banale peinture à l'huile qui semble inciter les malades à y graver des maximes et à la salir.

Un de nos patients, J. P., qui détériorait constamment les parois de sa chambre et les arrosait quotidiennement de ses aliments ou de ses déjections, n'a, pendant trois ans, pas fait une seule tache à la jolie tapisserie de sa chambre qu'il avait, au reste, à notre invitation, choisie lui-même.

L'influence favorable ou néfaste des divers milieux d'un asile est montrée nettement par le cas suivant :

Le nommé J. R., atteint de catatonie qui, par suite, nous semblait-il, de négligence et de maladresse de la part du personnel ainsi que du manque d'intérêt des médecins, avait développé rapidement une attitude d'opposition et de dangereuses ten-

dances à la violence, fut, pour cela, isolé assez longtemps. Il devint dans sa cellule une véritable bête fauve, présentant des crises d'excitation et de rage absolument terrifiantes. Comme il était d'une force herculéenne, le personnel fit une violente opposition quand nous décidâmes de le traiter en salle de surveillance, en le confiant à un des rares infirmiers avec lesquels il s'entendait bien. En quelques semaines, l'apaisement fut presque complet. Il fut maintenu, néanmoins, dans la salle d'observation des agités où il y a, en général, passablement de mouvement, quelquefois de l'excitation, bref, un endroit assez vivant, que le malade surveillait avec intérêt, à la vie duquel il participait et qui l'obligeait, somme toute, bon gré, mal gré, à s'extérioriser. La tranquillisation du malade étant parfaite depuis plusieurs mois et celui-ci s'étant mis à travailler, il fut transféré dans un nouveau pavillon, pour chroniques tranquilles, ce qu'il accepta avec joie. Les 15 premiers jours, son intérêt pour le nouveau milieu l'y maintint alerte et de bonne humeur. Peu à peu, et malgré un travail régulier, il commença à s'ennuyer, à se replier peu à peu sur lui-même. Subitement, après quelques semaines, l'excitation, disparue depuis plus de deux ans, recommença avec une extrême violence. Elle se calma d'ailleurs aussitôt qu'il eut été transféré dans son ancien milieu d'agités. Nous observons depuis, régulièrement, que lorsqu'il y a du bruit et du mouvement autour de lui, notre homme est beaucoup mieux, psychiquement, que lorsque tout est tranquille. On dirait qu'il lui faut vivre dans un certain tapage pour l'empêcher de tomber dans l'autisme.

Plus fréquents sont, cependant, les malades qui réagissent défavorablement à un milieu excité et, pour se protéger contre lui, renforcent même la barrière de leur autisme, alors qu'ils laissent tomber cette dernière dès que les circonstances extérieures ne les offensent plus. Cela se montre bien dans les brusques améliorations dues au changement de milieu, ou aux sorties précoces de l'asile.

Les roquades dans l'hôpital même et les renvois précoces ont fréquemment une efficacité certaine, parfois miraculeuse au point de vue thérapeutique. Nous ignorons, au fond, les causes de pareilles transformations et, bien plus, malgré de nombreuses observations et de fréquents succès, nous ne sommes pas encore arrivés à établir, avec un degré suffisant de certitude, quels sont les cas qui réagiront favorablement à ces mesures. Il nous paraît y avoir là tout un ensemble de mécanismes psychologiques, qu'il est rarement possible d'apprécier à leur juste valeur. Même

chez les malades où l'affection mentale paraît avoir une structure presque purement psychogène, et où donc, *a priori*, on devrait attendre un effet plus favorable que dans les cas assez nettement organiques, on s'expose à des déconvenues. Empiriquement, nous pouvons constater que dans les schizophrénies, par exemple, les cas qui réagissent le mieux à un renvoi précoce, sont certains malades stuporeux, assez fortement négativistes qui ont traversé préalablement une crise d'excitation confusionnelle assez vive.

En voici un exemple : Mlle M., âgée de 25 ans, a fait une violente crise catatonique dans un autre établissement que le nôtre, à la suite de laquelle elle tombe dans un état de stupeur classique, avec négativisme complet, mutisme, refus de nourriture, etc. Cet état se prolongeant depuis plusieurs mois, on nous confie la malade, dans l'espoir d'un changement. Aucune amélioration ne se produit néanmoins : après avoir paru un ou deux jours quelque peu intéressée par le nouveau milieu, la jeune fille est aussi catatonique que jamais : mutisme, négativisme très marqués, abstinence, réactions assez violentes quand on veut la contraindre à quelque chose. Après quelques semaines d'efforts inutiles pour réveiller la malade, nous proposons un retour, à l'essai, dans sa famille. Celle-ci se laisse difficilement convaincre, accumule les objections, puis finit, apparemment, par être persuadée. Mais, ainsi qu'on nous l'a confessé après coup, quand on vint chercher la malade, ce n'était nullement dans l'intention de la reprendre à la maison, mais bien de la conduire directement dans un autre établissement où les médecins ne seraient pas assez déraisonnables pour recommander la sortie d'une aliénée dont l'état ne s'était en rien amélioré. Cependant, nous avions préparé suggestivement la malade à sa rentrée dans sa famille, sans d'ailleurs qu'elle présentât la moindre réaction extérieure à nos efforts. Au jour dit, entourée des siens, elle monte dans l'auto, raide et figée comme toujours, mais au moment où la voiture franchit le portail du parc de l'établissement, la jeune fille fit exactement l'impression d'une personne qui s'éveille et se mit à parler de la façon la plus normale. Ce fait décida la famille à la ramener à la maison et non pas dans l'établissement où on l'attendait. Depuis lors, et il y a 10 ans de cela, la guérison s'est parfaitement maintenue.

On est parfois tenté, pour apprécier l'opportunité d'une sortie hâtive, de tenir compte, en premier lieu, des circonstances familiales, des relations du malade avec son conjoint, ses enfants, etc. On pourra s'opposer à sa sortie, pour la raison que ses relations

avec les siens ont beaucoup laissé à désirer et même qu'il est plausible d'admettre des conflits familiaux antérieurs comme une des causes déterminantes de la maladie. On craindra alors tout naturellement que le retour dans un milieu pathogène ne manque pas de provoquer une nouvelle crise. Ces appréhensions, bien compréhensibles, sont cependant souvent contredites par les faits. C'est qu'on ne tient pas assez compte des possibilités de libération affective par le transfert négatif, que les malades font sur l'établissement et ses médecins. On voit, en effet, fréquemment, des femmes, au cours de leur délire, identifier le médecin avec le mari, dont elles ont à se plaindre. L'identification délirante est parfois très complète et se montre nettement dans l'attitude ambivalente érotique et rancuneuse avec le médecin qui est appelé du nom du mari, etc. Ce transfert ambivalent peut devenir peu à peu purement négatif. Le médecin devient ainsi le bouc émissaire, chargé de tous les péchés du mari qui est ainsi affectivement innocenté. Quand ce dernier arrive, il est parfaitement reçu par sa femme et tous deux partent, bras dessus, bras dessous, réconciliés aux dépens du médecin qui n'en peut mais. De pareils déplacements en bloc de situations affectives ne sont pas du tout rares dans la guérison des troubles schizophrènes et il faut en tenir compte quand on apprécie l'opportunité d'une sortie hâtive.

Au point de vue thérapeutique, le placement des malades dans des familles étrangères ne semble pas avoir la même importance que leur renvoi précoce dans leurs propres familles. Cette mesure peut, néanmoins, faciliter la résolution d'attitudes d'opposition et faciliter une réadaptation à la réalité. Elle nous paraît beaucoup plus efficace pour les malades en provenance de grands asiles surpeuplés, où, de ce fait, la psychothérapie individuelle n'est guère possible et où règnent souvent des suggestions collectives nuisibles, que pour ceux qui sont soignés dans des établissements plus petits et où l'attention apportée à chacun est moins divisée et plus suivie. Le placement familial à la campagne est indispensable quand il s'agit de malades citadins, dont le comportement encore anormal ne permettrait pas le retour dans les appartements étroits des villes, où la moindre excitation, la moindre bizarrerie de conduite devient vite insupportable à la famille et aux voisins. S'il s'agit de malades campagnards, le placement dans une famille étrangère n'a de raison d'être que sociales : individus n'ayant, par exemple, aucun proche capable de s'occuper d'eux.

L'agent médiat et immédiat de la psychothérapie dans les

asiles est et devrait être toujours le médecin. Nous disons agent médiat, parce que très souvent, sans qu'il s'en rende compte, sans qu'il le veuille, du seul fait de sa personnalité, de sa situation, il agit inconsciemment dans un sens psychologique, négativement ou positivement. Il peut n'être ainsi que le moyen terme, l'objet de transfert par lequel se produit l'action psychothérapique. Le médecin pourra être un agent psychothérapique direct et immédiat, lorsque, connaissant les conflits affectifs conscients et inconscients du malade, se rendant compte des mécanismes de transfert dont il est l'objet, il saura utiliser pour le traitement et diriger vers la guérison, ces processus psychiques d'une manière raisonnée et concertée.

L'action psychothérapique du médecin est toujours due, pour une grande part, à l'influence de sa personnalité. Il est, d'ailleurs, très difficile de discerner et d'analyser quels sont les éléments de celle-ci qui agissent sur le malade, qui lui confèrent ce pouvoir d'irradiation psychologique, d'influence, d'action, qui créent autour de lui la confiance, l'espoir, la certitude. Il y a là un ensemble de caractères affectifs, instinctifs, mais physiques aussi, qui ne sauraient être considérés de façon purement rationnelle. Ces qualités perçues intuitivement et qu'on décrit par les mots de charme, pouvoir de séduction, pouvoir magnétique, etc., sont chez le psychothérapeute à peu près les mêmes que celles de l'homme public, du politicien qui séduit les foules, de l'avocat qui émeut et convainc le jury et les juges, et « last but not least », du mège, du rebouteur, du guérisseur non-patenté qui attire les foules. On sait, par ailleurs, que ces qualités dont l'action est si importante au point de vue psychothérapeutique, sont malheureusement trop rares chez les médecins et peut-être surtout chez les psychiatres. Est-ce pour cela que les médecins ont volontiers tendance à considérer ces dons comme inférieurs, à s'en moquer, à les déclarer indignes de la science, comme s'ils n'étaient que les restes de la magie des âges révolus ? Il est pourtant indéniable, comme le montre l'expérience quotidienne, que ces qualités si décriées contribuent essentiellement à l'œuvre psychothérapique et par leur emprise sur le moral des malades, sont d'une efficacité souveraine, là où tout traitement médicamenteux peut complètement échouer.

La psychiatrie de la fin du XVIII[e] siècle ne manquait pas, faute peut-être de connaissances scientifiques, de se servir de ces constatations empiriques, pour réclamer du psychiatre un ensemble de qualités physiques et morales, nécessaires, disait-on, pour s'imposer au malade. Les descriptions du psychiatre idéal de

l'époque sont fort amusantes à lire. Il y est parlé de l'expression de sa physionomie, tantôt sévère et même terrifiante, tantôt douce et paternelle, de sa voix, tantôt séductrice, tantôt tonnante, de son attitude, tantôt bienveillante, tantôt glaciale, de sa manière de se vêtir, d'agir, de s'imposer, etc. Sans vouloir attribuer trop d'importance à ces apparences, elles ne sont pas négligeables, car il y a des agents psychologiques primordiaux qu'aucun raisonnement ne réussira à détruire. Il est clair qu'un médecin d'apparence sympathique s'impose davantage, de prime-abord, à un malade qu'un autre dont l'aspect négligé, l'attitude relâchée ne manquent pas d'indiquer un narcissisme fort primitif et un manque certain d'égards pour les malades auxquels il a affaire. Quand on se représente la situation psychologique de la plupart des malades mentaux, lors de leur internement, leurs angoisses, leurs préjugés alarmés, leurs sentiments d'abandon dans un milieu tout nouveau et effrayant pour eux, on ne saurait insister trop sur le fait que le premier contact avec le médecin au cours duquel l'apparence de ce dernier est essentielle, joue souvent un rôle décisif pour la marche ultérieure du traitement. On m'objectera qu'à la longue la valeur réelle du médecin se montrera bien par son dévouement, sa compréhension, l'efficacité de ses prescriptions thérapeutiques, etc., quelle que soit, par ailleurs, l'impression qu'il donne au premier abord. Cette objection n'est valable qu'en partie, car l'expérience montre quotidiennement qu'une apparence peu sympathique du médecin peut opposer à tout transfert affectif une barrière contre laquelle les raisonnements les mieux conduits, les plus solides, les plus convaincants ne pourront rien. C'est d'ailleurs un fait de psychologie élémentaire que l'accès de l'intellect se fait au travers de la sphère émotive : si cette dernière est en sympathie avec le médecin, de prime-abord, il est clair que l'action psychothérapique, à son début tout au moins, en sera extrêmement facilitée. On se gêne un peu, entre médecins, et l'on n'ose guère avouer qu'il faut tenir compte de faits pareils, d'allure si peu scientifique.

On exige actuellement que les psychanalystes se soient préalablement fait analyser eux-mêmes. A certains égards, dans la thérapeutique psychiatrique, il est tout aussi nécessaire que le médecin se connaisse lui-même, sache l'impression qu'il peut produire, connaisse les répercussions possibles de sa personnalité sur ses malades, bref, se mesure, se juge comme instrument thérapeutique, lui et toute son apparence. On sera enclin à penser qu'une pareille attitude exige de la part du médecin un

singulier narcissisme. On sait, cependant, que le narcissisme ne se manifeste pas seulement par une attitude positive vis-à-vis de soi-même, mais que ses formes les plus graves sont celles où l'individu s'aime inconsciemment, à tel point qu'il n'estime nullement nécessaire d'améliorer son apparence : il faut le prendre tel qu'il est.

La possibilité d'obtenir des résultats psychothérapiques est, on le sait, due à l'établissement du transfert affectif. En théorie, les psychoses schizophréniques ne permettent pas l'établissement de transferts suffisamment intenses pour assurer le succès de traitements psychanalytiques. En pratique psychiatrique, il en va autrement et l'expérience montre que la capacité du schizophrène de donner des sentiments même intenses n'est généralement pas aussi limitée qu'on pourrait le croire. Il y a là toutes les différences d'intensité possibles et je ne connais que peu de cas où elle soit réduite à presque rien. Il faut, dans le traitement des schizophrénies, que le médecin mette tout en œuvre pour gagner la confiance du malade et obtenir l'établissement d'un pareil transfert, si possible positif, quoique les négatifs aient bien quelquefois aussi leur utilité. Nous avons en effet souvent observé que lorsqu'un médecin avait réussi à faire converger sur lui tout le potentiel négatif d'un malade, un second médecin, apparaissant alors sur la scène, pouvait obtenir assez aisément un transfert positif et un résultat thérapeutique qu'il n'aurait pas obtenu de prime-abord si, préalablement, le malade n'avait trouvé un bouc émissaire pour se soulager de ses sentiments de haine. Dans de pareils cas, on commet fréquemment la faute de laisser toujours le même médecin s'occuper du malade, car, s'il est l'objet d'un transfert négatif total, il est condamné à l'impuissance. Aussi, ne faut-il pas laisser les choses en cet état, mais, au contraire, dès que le moment est venu de passer la main, ne pas hésiter à effectuer un changement de médecin et aucune considération de préséance ou de déontologie ne doit faire hésiter.

Dans le traitement psychothérapique des affections mentales, il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'établissement d'un transfert, positif ou négatif. Le malade, en effet, peut ne l'extérioriser que sous une forme symbolique, indirecte ou même tout à fait paradoxale. Il profitera, par exemple, de faire des bêtises, de s'agiter juste au moment où le médecin, pour lequel il a de la sympathie, sera présent, ceci dans le but infantile et partiellement inconscient, d'attirer l'attention sur lui, de se faire gronder, punir, pardonner ou bien encore protéger contre le personnel

infirmier, en présence duquel, seul, il n'oserait pas se livrer à de pareilles incartades.

Généralement, le transfert obtenu chez les psychopathes psychotiques n'a jamais l'intensité, ni la constance qui se trouve dans les traitements analytiques des névrosés. Ce transfert est parfois si fragile qu'il ne résiste pas à la moindre atteinte : un mot dit de travers, une attitude que le malade juge offensante, une déception légère, une négligence peuvent suffire à le compromettre. Des sentiments, en prédominence positifs, peuvent être remplacés ainsi par une hostilité durable. Aussi, n'est-il pas facile, pour le médecin, de se retrouver au milieu de ces changements perpétuels de l'humeur de l'attitude et des sentiments de ses malades et ceci d'autant plus qu'à l'encontre de la psychanalyse, il ne peut se borner à être passif, mais doit intervenir constamment de façon active dans le traitement. Bien entendu, cela provoque des chocs nombreux et amène incessamment des occasions de conflits. Il faut bien avouer donc que le psychiatre le plus expérimenté, pèche par rapport à ses malades 77×7 fois par jour. Cependant, reconnaître qu'une partie des variations de la symptômatologie d'un cas est due aux vicissitudes du transfert, vaut mieux et conduit plus aisément au succès thérapeutique que les attribuer, sans essayer de les comprendre, à la marche inéluctable et capricieuse de la maladie.

On observe assez souvent, dans les asiles, que le médecin traitant n'est guère l'objet du transfert et que ce dernier se porte de préférence sur le médecin en chef. Cela est explicable, généralement, par le fait que ce dernier, par ses fonctions, assume dans l'insconcient du malade le rôle du père : en effet, l'autorité dont il jouit dans l'établissement, la nécessité de recourir à lui pour les décisions importantes, font que le médecin traitant, quelles que soient par ailleurs ses capacités, ne joue pas le même rôle dans les sentiments du malade que le médecin-chef, même si ce dernier n'est vu qu'occasionnellement. Aussi ses visites peuvent-elles être, dans la vie du patient, un événement beaucoup plus important et dont les répercussions psychologiques sont plus profondes et plus durables que l'assiduité du médecin traitant. C'est là une situaton psychologique qui ne manque pas d'importance pour les médecins eux-mêmes. Car le cas n'est pas rare où ces derniers sont blessés dans leur amour-propre parce que leur chef, qui ne s'occupe, au fond, guère du malade, jouit auprès de lui d'un prestige, d'une autorité et d'une prépondérance affective qu'eux-mêmes, malgré leurs efforts, n'arrivent pas à conquérir. Il peut en résulter chez eux une animosité plus ou moins sourde et

consciente qu'ils s'efforceront, bien entendu, de justifier objectivement, mais qui les place néanmoins, par rapport à leur chef, dans l'attitude révoltée de l'enfant en face du père, ce qui ne manque pas de donner lieu à des conflits de compétence et d'autorité.

D'ailleurs, pour peu que l'on connaisse les phénomènes inconscients et qu'on ne se borne pas à l'apparence des phénomènes psychologiques on ne peut manquer de voir que les établissements psychiatriques sont constamment le siège de drames ou de comédies affectives et instinctives dont les malades, le personnel, les médecins sont les acteurs. Il n'est pas sans importance, au point de vue thérapeutique, d'analyser ces phénomènes qui peuvent avoir une répercussion sensible sur l'état des malades en donnant lieu, notamment, à des phénomènes de suggestion collective qui, s'ils ne sont pas dirigés par les médecins, se tournent presque infailliblement contre eux. Les transferts les plus positifs n'y peuvent pas résister et il arrive souvent qu'un malade qui, plus ou moins inconsciemment, attendait du médecin quelques satisfactions affectives, à défaut de la guérison, et qui se voit déçu dans cette attente, mette à le combattre un acharnement égal à la déception qu'il a éprouvée.

Dans de précédents travaux, j'ai signalé quelques cas où un mot de travers, un geste maladroit, une attitude indifférente, une brusquerie avaient réussi à transformer complètement l'attitude d'un malade et provoqué chez lui des phénomènes extrêmes de négativisme, d'agressivité, d'autisme, etc. Bien entendu, autrefois, on aurait mis sur le compte d'un développement spontané de la maladie, l'apparition de pareils symptômes, alors que, mieux renseignés aujourd'hui, nous savons que ces états peuvent souvent être déterminés par les vicissitudes des sentiments du malade pour le médecin et qu'il n'est pas pardonnable à un psychiatre de les méconnaître.

La psychothérapie tend donc à rendre aujourd'hui à la personnalité du psychothérapeute un rôle dont elle avait été dépouillée pour être remplacée par une attitude pseudo-objective et pseudo-scientifique d'observateur, dans laquelle les facteurs affectifs, instinctifs, personnels n'avaient pas de place. Sans que ces derniers aient rien perdu de leur importance en fait, on ne les observait pas, on ne voulait pas les voir, ou bien, on en sous-estimait l'importance, quand on ne la ridiculisait pas.

Il est nécessaire d'étudier encore d'un peu plus près ce facteur de la personnalité médicale et son influence au point de vue thérapeutique. Il y a là un ensemble de faits psycho-physiques

très difficiles à analyser et absolument spécifiques pour chacun : il n'existe pas deux médecins dont l'action personnelle soit identique. Copier l'attitude, voire même les méthodes personnelles, dans lesquelles la personnalité d'un médecin avant tout joue un rôle, n'aboutit qu'à des mécomptes, comme le montrent de nombreux exemples. Ce qui est permis à un médecin et approuvé même par ses malades, sera blâmé chez tel autre. Une certaine familiarité appréciée chez l'un sera considérée, chez l'autre, comme intolérable. Le tact et l'intuition, qualités innées et qui ne s'acquièrent pas toujours, jouent, dans tous les traitements psychothérapiques, un rôle essentiel. Bien entendu, l'expérience peut, jusqu'à un certain point, les remplacer mais ne peut jamais totalement suppléer à leur manque. Les malades, si préoccupés soient-ils de leurs propres affaires, sont extrêmement sensibles aux moindres modifications dans la personnalité du médecin. Que ce dernier soit soucieux, absorbé, indifférent, de mauvaise humeur, etc., même s'il s'efforce de dissimuler que son état affectif ne lui permet pas de se vouer entièrement au malade, celui-ci le perçoit aussitôt inconsciemment. Je suis toujours frappé de voir comment les psychopathes sentent et peuvent souvent dire, avec une sûre divination, si le médecin était à son affaire, tel ou tel jour, ou s'il ne l'était pas. Le ton de sa voix, l'expression de sa physionomie, de ses yeux, sa manière de parler, ses gestes, ses attitudes, ses vêtements, bref, tout cela peut être éprouvé par le malade. Il suffisait, certains jours, que je fusse de mauvaise humeur pour agiter toute une salle de malades qui, jusqu'à mon arrivée, avaient été parfaitement tranquilles. Inconsciemment, l'irritabilité du médecin qui se dévoilait malgré lui, donnait aux malades l'occasion de se venger et de donner libre cours à leurs sentiments négatifs.

Si les problèmes posés par l'action psychologique-médicale sont déjà fort complexes, ceux de l'influence du personnel infirmier sur l'état des malades et l'appréciation objective de ce personnel comme facteur thérapeutique sont tout aussi compliqués et pratiquement plus difficiles à résoudre. Malgré les progrès obtenus par une formation systématique, le personnel infirmier demeure encore, bien souvent, composé de natures frustes, peu cultivées et se connaissant mal elles-mêmes. Et cependant, c'est de l'action, voulue ou non, de ce personnel infirmier qui partage l'existence des malades et dont ces derniers dépendent dans une très large mesure que surgissent un très grand nombre de réactions affectives fort importantes, au point de vue thérapeutique. Il est, en effet, évident que l'influence directe et indirecte du

personnel infirmier sur l'état affectif du malade est grande, d'où résulte la nécessité d'une collaboration intime avec les médecins. Celle-ci peut être fréquemment troublée par des situations psychologiques n'ayant rien à voir avec le traitement du malade. Le médecin, dans l'asile, est le supérieur de l'infirmier qui dépend de lui disciplinairement, pour son avancement, etc. Or, on sait combien les rapports de subordination peuvent être empoisonnés par des complexes infantiles de révolte contre l'autorité, même chez ceux qui, le plus consciencieusement, s'appliquent à faire leur devoir. Ainsi peut-il exister, chez les infirmiers, des attitudes plus ou moins conscientes d'opposition contre les médecins, attitudes qui s'appuient sur les éléments psychologiques protestataires de certains malades. Des alliances peuvent, de cette façon, s'établir entre malades et infirmiers, contre l'autorité médicale. On remarque, d'ailleurs, qu'en général, malades et infirmiers s'entendent fort bien, mais on voit moins bien que c'est souvent aux dépens du médecin. Il est assez naturel que le malade s'en prenne, pour certaines choses, plutôt au médecin qu'à l'infirmier et qu'il ne juge, par exemple, pas ce dernier responsable de son maintien à l'asile. Mais dans bien des cas, l'infirmier semble trop aisément prêt à se désolidariser du médecin, à laisser entendre au malade qu'il est un peu avec lui dans ses revendications, qu'il les appuie, sans oser le dire et ne voit pas d'un très mauvais œil que le malade se venge sur le médecin. Cela rappelle un peu l'association des enfants et des domestiques dans les familles, les uns et les autres étant en révolte contre l'autorité et faisant un bloc inconscient contre elle.

De pareilles attitudes du personnel peuvent avoir des effets néfastes au point de vue psychothérapique, surtout si, comme comme c'est trop souvent le cas encore, des discussions d'ordre économique ou à propos des conditions de travail, de congé, etc., amènent à des conflits entre médecins et infirmiers et introduisent une atmosphère d'antagonisme et d'hostilité muette. Les malades sont fort sensibles à une pareille atmosphère, ainsi d'ailleurs qu'aux antagonismes plus ou moins latents qu'ils subodorent entre les médecins. Une harmonie aussi complète que possible est donc essentielle entre médecins et gardes-malades et il faut à tout prix prévenir que ces derniers ne s'identifient partiellement avec les malades. La formation technique du personnel, qui fait de si heureux progrès en Suisse et ailleurs, est, à cet égard, salutaire, mais on n'attache pas encore assez d'importance à lui faire comprendre la psychologie de l'inconscient et des attitudes affectives qui peuvent l'amener à se coaliser, sans

qu'il s'en doute, avec les malades contre les médecins, à détruire leur confiance et à empêcher l'établissement de transferts suffisants. De pareilles situations affectives sont, au surplus, toujours très complexes, variables, et il faut un effort constant pour les dominer.

Les transferts affectifs des malades sur la personne des infirmiers sont très fréquents. Ils peuvent, dans bien des cas, être fort utiles, mais ne doivent pas échapper au médecin qui en doit surveiller l'évolution.

Un infirmier, à tendances homosexuelles, mais dont la conduite a toujours été des plus correctes, a pu rendre ainsi les services les plus signalés par son attitude affective envers les malades, qui facilitait beaucoup l'établissement de transferts positifs. Sa prise de contact avec les cas aigus les plus agités était immédiate et excellente, et nous avons fait l'expérience répétée que bien des malades évoluaient sous ses soins plus rapidement et mieux que confiés à la garde d'autres employés, tout aussi capables, mais à composante homosexuelle fortement refoulée.

Au contraire, le refoulement sexuel, obligatoire chez les religieuses-infirmières, détermine souvent chez elles une attitude peu réceptive, peu compréhensive, pour de nombreux problèmes des malades. Cela ne les empêchera pas, d'autre part, d'avoir une tendance inconsciente, parfois plus forte que la moyenne, à s'identifier avec certains malades. Si ces religieuses sont l'objet de transferts, ce qui est fréquemment le cas, elles ont aussi souvent beaucoup de difficultés à diriger et à utiliser ces sentiments, surtout s'ils se manifestent de manière plus ou moins érotique. Il y a là certaines sources de difficultés sérieuses auxquelles il faut être attentif. D'autre part, le personnel infirmier religieux présente tant d'avantages qu'on ne saurait, pour ces seules raisons, le considérer comme moins apte que les laïques à soigner des malades mentaux.

III

Nous avons ainsi étudié l'influence indirecte qu'exerce, sur l'état des malades mentaux, le milieu hospitalier, puis l'action du médecin et enfin celle du personnel infirmier. Ces trois éléments conjugués doivent tendre à créer dans l'esprit des malades une suggestion collective favorable à leur guérison. Nous n'avons pas envisagé ces éléments sous la forme de mesures thérapeutiques proprement dites, mais plutôt comme devant

réaliser un ensemble de conditions propices, grâce auxquelles un traitement adéquat direct peut être institué. Comme d'ailleurs, dans un très grand nombre de cas, nous ne connaissons pas encore de traitement psychothérapique spécifique, nous devons nous contenter de réaliser de pareilles conditions optima, permettant à la maladie d'évoluer favorablement.

Le « primum non nocere » doit toujours inspirer la psychiatrie d'asile. Les médecins se rendent de mieux en mieux compte, heureusement, que beaucoup de symptômes psychogènes surajoutés, décrits autrefois comme faisant partie intégrante du syndrome mental, comme par exemple la plupart des symptômes dits catatoniques, doivent être considérés comme les résultats naturels d'un milieu psychologiquement défavorable. La persistance de ces symptômes secondaires, bien après que les phénomènes pathogènes aient disparu, et qui détermine souvent les attitudes antisociales des malades, peut donc provoquer une incurabilité artificielle. Prévenir la création de pareils symptômes est donc d'une importance capitale au point de vue de la thérapeutique sociale et psychologique.

Les moyens indirects d'action psychothérapique dont il a été question jusqu'ici, soit, influence du milieu, du personnel, des médecins, doivent agir psychologiquement sous la forme d'une suggestion collective favorable. A ce propos, il ne faut pas oublier l'influence mutuelle des malades, les uns sur les autres. Il est aisé, par exemple, de voir combien un seul malade mal intentionné et en attitude d'opposition, peut réussir à empoisonner l'atmosphère psychique d'un pavillon ou d'une division. Il existe des meneurs, chez les aliénés, comme partout ailleurs, qui donnent le ton, qui entretiennent un mauvais esprit, qui, plus ou moins sournoisement, font les agents provocateurs, parce qu'ils obéissent eux-mêmes inconsciemment à des complexes infantiles de jalousie ou de révolte. Aussi est-il important que le médecin comprenne ces situations psychologiques pour pouvoir les dominer, faute de quoi il se trouvera constamment aux prises avec des réactions négatives individuelles ou collectives qu'il n'aura pas prévues, des attitudes d'opposition et de protestation, une sournoise mauvaise volonté contre lesquelles son influence personnelle directe sera entièrement désarmée. Il est évidemment difficile de formuler, à ce propos, des règles précises de conduite, tout autant que des règles de psychothérapie psychiatrique. En effet, les situations psychologiques qu'il s'agit de percevoir, de comprendre, de dominer et de conduire sont, avant tout, irrationnelles (affectives ou instinctives) et ne se laissent

guère codifier, ni même souvent formuler, car elles sont parfois à peine du domaine de la connaissance consciente. C'est, néanmoins, une tendance naturelle que de tenter de réduire ces situations en formules et c'est peut-être aussi une des raisons pour lesquelles les mesures thérapeutiques psychiatriques deviennent si facilement schématiques et dogmatiques. Il en est ainsi un peu, par exemple, du traitement par le travail, qui semble vouloir, de plus en plus, transformer les asiles en usines, avec des règles assez implacables, des punitions et des récompenses fort primitives au point de vue psychologique, et où l'on tient de moins en moins compte de la personnalité des malades et de leurs besoins individuels.

Il ne saurait y avoir, en effet, de psychothérapie causale que purement individuelle. Il faut donc se demander si les mesures de thérapeutique collective qui s'imposent de plus en plus dans les asiles, font bien sur les malades individuellement tout l'effet qu'on en attend. Notre tâche n'est pas tant d'obtenir une cohorte disciplinée de malades d'asiles, que de préparer chacun de ces derniers, si possible, à rentrer dans la vie. Ce n'est peut-être pas l'essentiel que d'avoir un asile parfaitement en ordre, d'où l'agitation a disparu, qui marche avec une régularité d'horloge, mais où la personnalité des malades s'endort et s'efface, peut-être à peu près autant qu'avant l'introduction du travail régulier. En fait, on a souvent tendance à oublier que le travail n'est qu'un moyen de réadaptation, parmi tant d'autres, et non pas une fin, qu'il ne devrait être qu'une préparation psychologique du malade à accepter les dures lois de la réalité. On peut faire valoir que le malade mental est socialement inadapté et que le travail, qui le plie à une discipline sociale collective, est dans ce sens, utile et bienfaisant. Il ne faut pas oublier, cependant, que ce traitement est appliqué avant tout aux malades chroniques qui encombrent les asiles et au milieu desquels les cas frais, curables, sont comme noyés, peut-être et même probablement à leur grand détriment.

C'est pour nous un fait d'expérience que les cas chroniques et les cas frais ne devraient pas être mélangés. Les malades hospitalisés depuis longtemps finissent par créer des traditions, des habitudes, des automatismes, une sorte de *genius loci* auquel d'accord en cela, inconsciemment, avec le personnel, ils sont attachés et dont ils exigent le maintien lors de l'apparition de nouveaux malades. La première chose qu'on demande à ces derniers est de s'adapter sans heurt à ce nouveau milieu, de s'y plier, et souvent ce ne sont pas les règles disciplinaires imposées

par l'établissement, par les médecins, qui sont les plus strictes, mais bien plutôt celles qui, non formulées, sont exigées et imposées par les habitués, les vieux malades. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les collèges, les casernes où les vieux ont la tendance à dresser les jeunes et à les brimer pour faire leur apprentissage. Le sadisme de certains vieux malades trouve ainsi souvent à s'exercer.

Il nous paraît nécessaire d'insister encore un peu ici sur la signification psychologique de la thérapeutique par le travail. On conviendra que cette thérapeutique agit essentiellement comme un moyen psychologique, ce qui implique que si l'on veut en tirer pour les malades, les bénéfices qu'on en attend, il faut qu'elle soit psychologiquement adaptée à ceux-ci. Le travail est une acceptation de la réalité et signifie que l'individu s'impose un effort en vue d'un but ultérieur. Il est vrai, d'autre part, que dans notre civilisation, le travail est devenu un impératif catégorique, une activité presque indépendante d'un but. Cette automatisation du travail, assez fréquente même chez des gens normaux, semble être la règle chez certains malades mentaux, notamment les schizophrènes qui sont occupés comme des machines, sans que le résultat de leurs efforts les intéresse. On ne saurait, dans ces cas, atteindre par le travail plus qu'une simple dérivation musculaire, et coordonnée d'une énergie qui, sans cela, se dépenserait en excitation ou s'enliserait dans une tendance active à l'autisme. Les schizophrènes chroniques forment, néanmoins, la majorité de la population stable des asiles et c'est eux qui, passivement, donnent le ton, l'allure générale au travail imposé. Leur automatisme, leur manque d'initiative entraîne aussi fatalement une schématisation des occupations dans lesquelles la personnalité de l'individu doit s'effacer. On n'a qu'à observer les groupes des travailleurs des asiles pour voir qu'il ne saurait être question, dans leur travail, d'une rééducation de leur personnalité, mais tout au plus de l'utilisation automatique d'habitudes anciennes auxquelles les malades de la classe populaire ont été pliés depuis leur tout jeune âge. Le problème change immédiatement lorsqu'il s'agit d'occuper des individualités plus différenciées, des intellectuels, par exemple. Et c'est là qu'on voit que toute la thérapeutique schématique par le travail, telle qu'elle est pratiquée généralement, est à peu près inopérante, soit que le malade se refuse à se laisser embrigader dans une équipe automatisée contre laquelle sa personnalité plus accusée, ses goûts, ses tendances ou sa moindre soumission à la réalité le font protester instinctivement, soit qu'il sente la disproportion entre l'effort et le résultat.

De même, la thérapeutique par le travail se heurte souvent à d'insurmontables difficultés, dans les cas aigus, qui n'ont pas encore accepté la discipline routinière de l'asile : elle est inutile aussi si leur psychose évolue de façon à permettre une sortie hâtive. Somme toute, il faut bien reconnaître que le travail n'est pas un agent psychotérapeutique nécessaire dans les psychoses a évolution rapide et favorable et qu'on doit surtout le considérer comme un excellent moyen disciplinaire de diversion dans les cas chroniques incurables et dans les psychoses qui évoluent de façon torpide. Pour être un facteur psychothérapeutique réel, il faudrait qu'il soit, non seulement individualisé et adapté à la personnalité du malade, mais qu'il interprète, si possible, sous la forme d'une sublimation, les tendances profondes, conscientes ou non de ce dernier. Il est clair que tout travail qui n'a pas cette signification psychologique ne peut être que peu actif au point de vue psychothérapique. Si, au contraire, on trouve des formes d'activité interprétant, de façon directe ou symbolique, les tendances profondes du malade, le travail devient un agent actif et adéquat du traitement. Nous nous souvenons, par exemple, d'un catatonique dont la violente tendance destructive avait pu être satisfaite et canalisée par la destruction des revêtements d'une salle qui devait être réparée. La joie presque sauvage et inlassable que le malade apportait à cette destruction, avec ses mains nues d'abord, puis avec de petits instruments de fortune, était frappante, et c'est à cette activité adéquate et non restreinte que nous a semblée pouvoir être attribuée, en grande partie, l'issue favorable et rapide d'un cas qui, de prime abord, avait fait l'impression d'une gravité exceptionnelle.

L'enthousiasme qui règne dans les milieux psychiatriques sur les résultats de la thérapeutique par le travail, nous semble donc, en général, un peu excessif. Il ne saurait être question, en tout cas, de considérer le travail comme une panacée des troubles mentaux, ni même, le plus souvent, comme un agent psychothérapique adéquat, exerçant une influence directe et profonde sur l'évolution même du cas. Par contre, il doit être retenu et encouragé comme un moyen efficace d'agir indirectement.

L'action psychotérapique directe du médecin sur le malade repose sur une tout autre base et quoique encore incertaines dans son application et inconstante dans ses résultats, elle doit être considérée comme le seul traitement causal efficace. Il faut reconnaître d'emblée que l'on ne connaît pas encore bien toutes les conditions psychologiques de ces traitements. L'expérience de la psychanalyse nous fait admettre qu'il s'agit là de déplacements

énergétiques, de transferts dans le psychisme du malade pouvant amener des modifications de sentiments, des réadaptations instinctives, des extériorisations normales là où il y avait des états de surtension des prises de contact avec le réel par le moyen terme du médecin, bref tout un ensemble d'événements psychologiques souvent d'une extrême intensité, mais qu'il est souvent difficile de percevoir. Ceci d'autant plus que, le plus souvent, ces phénomènes se passent sans que le malade lui-même en ait pleinement conscience. Il sent, il éprouve que quelque chose se passe en lui ; des sensations, des émotions l'étreignent, mais tout cela demeure obscur et ne peut être formulé ni exprimé. Cela est surtout frappant chez les schizophrènes.

Dans la psychanalyse aussi, d'ailleurs, le médecin assiste à des événements émotifs et instinctifs que l'on n'arrive pas toujours à comprendre malgré toute la bonne volonté et l'intérêt que le malade met à les expliquer. Aussi, est-il fort difficile de faire des prévisions quant aux résultats de l'action psychothérapeutique dans chaque cas. Il s'agit là d'un rapport exclusivement personnel entre médecin et malade, rapport qui, parfois, s'établit aisément sans toujours, pour cela, aboutir à un bon résultat, rapport qui n'arrive pas, apparemment, dans d'autres cas, à se produire, semble se heurter dès le début à des résistances, à des méfiances, à des antipathies, pour aboutir, néanmoins, parfois, à un succès. La psychothérapie est l'action d'une personnalité sur une autre, par le moyen terme du transfert affectif. Il est donc nécessaire que, dans cette action qui dans tous les cas est mutuelle, l'élément actif, direct, c'est-à-dire le médecin, soit un élément connu de lui-même, au point de vue quantitatif et qualitatif, qu'il se rende compte aussi exactemnt que possible des moyens que lui donnent son apparence physique, sa personnalité, son intelligence ainsi que l'ensemble de ses capacités instinctives et affectives.

La psychothérapie individuelle nous semble être d'une efficacité toute particulière dans certains cas de schizophrénie. Il n'est pas possible de dire que l'une des formes classiques de schizophrénie réagit mieux que l'autre à ce traitement : et seule, la symptomatologie de chaque cas peut nous diriger. Plus il y aura de structure psychogène et complexueuse dans un cas et mieux ce dernier réagira à la psychothérapie. De prime abord, on pourra aussi se rendre compte qu'un tel traitement sera inopérant et inutile dans les schizophrénies, par exemple, où le psychisme est, dès le début, torpide et inactif.

A l'instar de certaines méthodes assez brutales employées

pendant la guerre pour guérir les névroses, nous avons appliqué, chez les schizophrènes, une méthode que nous appelons volontiers « le torpillage » et qui consiste en une sorte d'attaque brusquée et violente sur les complexes des malades. Il faut, au cours si possible d'une ou deux séances, arriver à contraindre le malade à se raconter, à se vider, pour ainsi dire, de ses préoccupations, qui sont, d'ailleurs, toujours principalement d'ordre sexuel, lui faire dire par le menu, en insistant, en lui posant même des questions pressantes pour lui rendre la chose plus aisée, tout ce qui l'absorbe. De pareilles interventions sur un violent complexe de masturbation, par exemple, peuvent avoir une grande efficacité et nous avons ainsi obtenu parfois une chute presque immédiate de l'angoisse ou de l'agitation, ainsi qu'une sédation générale des symptômes. Cette sédation ne se produit pas généralement aussitôt, mais après quelques jours. Quelquefois, après une pareille intervention, le malade tombe assez rapidement dans un état de légère stupeur, qui a tendance à se prolonger si l'on n'essaie pas une sortie précoce suivie rapidement, dans la règle, de guérison.

Dans les cas où l'attaque brusquée ne réussit pas, il faut gagner préalablement la confiance du malade par de longs travaux d'approche. Il est intéressant de relever que le contact si rapidement établi avec le malade au cours d'une pareille séance se perd tout aussi vite. Le malade se replie aussitôt sur lui-même, comme blessé de cette opération psychologique et il ne sert de rien d'insister et de vouloir regagner sa confiance ainsi surprise. Cela n'a aucune importance, d'ailleurs, car la cicatrisation se fait toute seule. Certains malades en veulent cependant au médecin de son intervention et le montrent clairement. D'autres rétractent leurs aveux après guérison, telle une jeune fille qui avait raconté ses relations sexuelles avec un ecclésiastique et qui, guérie ainsi en peu de jours de son agitation anxieuse, nous écrivit ensuite pour démentir son récit. Au point de vue psychologique, on le sait, la matérialité des faits n'a pas une importance essentielle, étant donné que la réalité psychique peut être, pour le malade plus vivante, plus chargée de sentiments que la réalité objective.

Dans le cas où de pareilles interventions thérapeutiques brusquées ne sont pas possible, ou échouent, il est important d'obtenir tout au moins un bon rapport affectif avec le malade, parfois en évitant même d'aborder tout de suite ce qui le préoccupe ou l'objet de son délire en général ; quand l'examen psychologique du malade est fait et que les tendances profondes, plus ou moins inconscientes de la psychose ont été reconnues, c'est d'après ces

dernières qu'il faut se diriger. L'interprétation des actes symboliques, du comportement, des néologismes, des attitudes est pour cela essentiel. Il n'est nullement nécessaire, d'ailleurs, d'en faire toujours comprendre aux malades la signification. Le refoulement est souvent trop profond pour qu'il admette l'interprétation et puisse être ainsi libéré. Parfois, au contraire, le complexe dissocié est si près du conscient que le malade accepte l'interprétation très volontiers, la comprend immédiatement sans que cela amène d'ailleurs le moindre changement dans les symptômes. Il y a là, fait remarquer Bleuler, coexistence des complexes dissociés, à côté du moi incapable de les dominer affectivement. La seule chose à faire est de trouver alors, pour ces tendances inconscientes des dérivatifs, sous la forme d'une activité quelconque, ou de lui procurer quelques satisfactions compensatrices. Sans se compromettre, ni rien sacrifier de sa dignité, le médecin peut accorder à ses malades de profondes satisfactions, très utiles au point de vue thérapeutique. Il n'est pas nécessaire de se donner beaucoup de peine pour cela : un mot aimable, une petite attention, un compliment, l'apparence d'une préférence, etc., sont, dans la plupart des cas, amplement suffisants. La sensibilité des malades pour ces petites choses est extrême. En tout cas, quand un bon transfert est établi, il ne faut pas mettre, entre le médecin et le malade, une barrière de froideur et de distance, car on arrive aisément ainsi à rebuter ce dernier, et à transformer en sentiments négatifs toutes les tendances positives qui auraient pu être utilisées dans un sens thérapeutique.

Les psychoses maniaques dépressives offrent aussi un vaste champ d'action psychothérapique. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'elles sont souvent plus difficiles à soigner que les schizophrénies. Les maniaques, notamment, opposent souvent, par leur excitation, des obstacles apparemment insurmontables à l'action du médecin. L'observation montre néanmoins que la personnalité de ce dernier, ses facultés d'intuition, d'adaptation, son autorité, sa compréhension des faits psychologiques, jouent fréquemment un rôle déterminant dans l'évolution des cas qu'il traite. Le maniaque, avec son agressivité plus ou moins brutale, sa révolte contre toute autorité, toute direction, tout conseil objectif, enivré d'un sentiment de toute puissance, ne ménage pas les attaques au médecin et souvent, avec une habileté extrême, réussit à trouver les points faibles de ce dernier, sur lesquels il frappera sans pitié. Un psychiatre tourmenté de sentiments d'infériorité, plus ou moins bien compensés, réagira alors incons-

ciemment d'une manière excessive, tendra, sous l'influence de la colère, à abuser de son autorité, à employer parfois inutilement des mesures restrictives, ne saura pas trouver les points où il doit céder et les moments où il doit, au contraire, se montrer d'une absolue fermeté.

Ce sont bien les états hypomaniaques qui présentent à ce point de vue, les difficultés les plus grandes. Si une crise aiguë et violente évolue généralement mieux dans un isolement strict, on ne saurait imposer un pareil régime de manière prolongée à un malade moins sérieusement atteint. Aussi est-il très utile de dériver l'activité du maniaque sur une occupation quelconque, d'éveiller son intérêt pour certaines choses, de le laisser écrire, par exemple, dessiner, rédiger même d'abondants mémoires protestataires, de lui faire faire du sport, de longues promenades, etc.

Une action psychothérapique directe est souvent aussi très utile ; il ne s'agit pas de discuter les symptômes actuels, ni de s'appesantir sur l'état anormal du malade, mais bien plus, d'analyser son passé, d'y retrouver notamment les traits habituels du caractère, les états dépressifs plus ou moins permanents qui n'y manquent presque jamais, les difficultés psychologiques refoulées, les problèmes affectifs, instinctifs, non résolus que l'on trouve chez tout cyclothyme, et dont, dans bien des cas, on est obligé d'admettre que c'est pour les fuir que le malade paraît se réfugier dans une crise d'excitation. Somme toute, la tâche psychothérapique dans la manie consiste à rétablir chez le malade le sentiment de sa continuité psychologique. En effet, dans sa crise, le maniaque fait table rase de tout le passé, aussi se sent-il mieux qu'il ne l'a jamais été et pense que c'est à ce moment qu'il est vraiment lui-même. Aussi oppose-t-il de la résistance aux tentative de lui montrer qu'il n'en est pas ainsi, que dans la vie ordinaire il est plutôt timide, bourrelé de sentiments plus ou moins conscients de culpabilité, d'insuffisance, etc. La psychothérapie du maniaque doit donc tendre à lui enlever l'illusion, qu'il ne maintient d'ailleurs qu'à grand peine, qu'il est un homme nouveau et que toutes les difficultés passées sont terminées. Dans la plupart de ces crises maniaques d'ailleurs, il y a fréquemment des moments plus ou moins longs de dépression : le malade sort, quand il est seul, de son ivresse et les préoccupations anciennes recommencent à l'envahir.

La discussion, l'analyse de ces différents faits psychologiques, est donc bienfaisante. L'excitation se calme, la tendance à se fuir dans l'ivresse de l'agitation motrice diminue, et nous avons vu même, dans certains cas, que le malade tirait un bénéfice perma-

nent d'une cure psychothérapique, même superficielle, entreprise au cours d'une crise maniaque.

Les mélancolies des cyclothymes, les dépressions de la ménopause, les dépressions psychogènes, offrent aussi un vaste champ d'action psychothérapeutique.

L'observation montre cependant que les déprimés réagissent fort inégalement au traitement psychologique et que ces différences sont individuelles, et non pas dues à la maladie elle-même. On pourra ainsi obtenir par la psychothérapie, d'excellents résultats, une mélancolie cyclothymique ou dans une dépression présénile, et échouer complètement dans un cas où l'étiologie et la structure psychogènes sont manifestes. Cependant, ces insuccès ne sont pas toujours probants et dans tous les cas, le facteur de la personnalité joue un rôle important. J'ai d'ailleurs pu observer que certains de mes médecins-assistants, au début de leur carrière psychiatrique, ne disposant encore que de peu d'expérience et d'autorité, mais animés par contre de beaucoup de dévouement et de bon vouloir, arrivaient à obtenir dans certains cas des résultats que d'autres, plus qualifiés, plus expérimentés et qui y consacraient tout autant de temps et de peine, ne parvenaient pas à enregistrer.

La conception psychanalytique des mélancolies est des plus intéressantes et permet d'expliquer des phénomènes qui demeurent incompréhensibles si l'on se borne à l'observation purement clinique. D'après la théorie freudienne, la mélancolie représente psychologiquement une régression libidinale à un stade dit prégénital, dans lequel la libido se manifeste sous une forme primitive sadique. Ce mot est, bien entendu, pris dans le sens le plus large de tendances agressives. Le mélancolique, au lieu d'extérioriser ses tendances sadiques agressives, le retourne contre lui-même. Il met à se tourmenter, à se torturer, à se punir, à se détruire même, une cruauté et un acharnement extrêmes.

Nous avons voulu vérifier si, dans le passé de nos mélancoliques et tout spécialement dans la mélancolie tardive, il était possible de trouver des traits caractérologiques permettant d'admettre l'existence de tendances sadiques constitutionnellement intenses. Chose curieuse, dans aucun cas, nous n'avons reçu spontanément des renseignements sur ce point qui nous intéressait et même sur interrogation, les personnes les plus intéressées à l'affaire, les maris, dans nos deux derniers cas, gardaient sur le caractère de leur malade la plus prudente et la plus complète réserve. Dans ces deux cas, par exemple, nous

dûmes être renseignés par des parents plus éloignés (neveux, nièces). Nous sommes habitués à ce que les anamnèses psychiatriques soient mensongères, mais de là à prétendre qu'un malade fût doux qui a toujours eu le caractère le plus pénible, il y a un grand pas. Il faut, évidemment, faire la part du fait que le mélancolique souffre énormément, d'une manière si manifeste et si intense, que les parents éprouvent une pudeur assez naturelle de rapporter des choses défavorables sur le compte d'un tel martyr. Cette explication ne me paraît pas toutefois suffisante et il faut bien admettre chez les partenaires de pareils malades un caractère complémentaire, masochiste, ce à quoi ils ont amplement l'occasion de se former. Il y aurait là un ensemble d'intrications psychologiques des plus intéressantes à étudier.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on réussit à surmonter la résistance des parents proches ou à obtenir des renseignements de parents plus éloignés, on ne manque pas d'apprendre les choses les plus intéressantes sur le caractère habituel, prémorbide des mélancoliques. On constate généralement que ces derniers ont été presque toute leur vie doués d'un caractère dominateur, tyrannique, méchant, cruel même. C'est une mère, par exemple, qui tout en s'accordant les plus larges libertés, a imposé à sa famille une tyrannie de tous les instants, s'étendant aux détails les plus menus de la vie quotidienne, qui a privé les siens de tout plaisir, leur interdisant même les choses les plus normales, les mortifiant, les rabaissant à tout propos, détruisant en eux le goût de vivre et ceci au point de pousser indirectement un de ses enfants à la mort ; bref, montrant les traits caractéristiques d'une agressivité constante, d'un sadisme manifeste. C'est une autre femme, sans enfants, dont toute l'agressivité s'est tournée contre son mari. Elle l'a réduit, à proprement parler, en esclavage, ne le laissant pas sortir seul, se montrant d'une jalousie extraordinaire, quoique étant frigide elle-même, lui empoisonnant la vie par une surveillance de tous les instants, des critiques perpétuelles, des plaintes sur le sort qu'il lui faisait, etc., créant une atmosphère familiale absolument irrespirable et ceci au point qu'une nièce qu'elle dut recueillir ne put pas supporter plus de deux-trois mois la vie commune avec la malade. Nous pourrions multiplier les exemples.

Quel médecin songerait à un pareil état de chose quand il voit le mélancolique, pendant sa crise, doux et humble de cœur, ayant peur d'offenser tout le monde, prêt à prendre sur ses épaules tous les péchés d'Israël ? Je me souviens d'une autre patiente,

atteinte de mélancolie d'involution qui avait été, pendant sa dépression, la personne la plus exquise qu'on pût trouver ; d'une haute distinction d'esprit, elle paraissait pleine de cœur, pleine d'égards et de reconnaissance pour la moindre chose qu'on faisait pour elle. Elle m'avait laissé le meilleur souvenir et je l'avais toujours considérée comme une de mes patientes les plus sympathiques et les plus méritantes aussi, par suite des allusions discrètes qu'elle avait faites à sa vie entière de dévouement. Aussi les reproches qu'elle s'adressait, dans sa mélancolie, me semblaient-ils tout à fait excessifs, sinon délirants. Récemment, après une conférence où j'avais exposé en quelques mots ce caractère particulier des futures mélancoliques, le fils de cette malade que je ne connaissais pas, d'ailleurs, vint me trouver : il me demanda si je croyais pouvoir prétendre une pareille chose de sa mère. Très embarrassé, je répondis que non, qu'elle me semblait devoir être une exception et que j'en avais gardé le meilleur souvenir. Là-dessus, il me raconta que sa mère avait toujours eu le caractère le plus tyrannique, le plus pénible, le plus sadique qu'on puisse imaginer et qu'elle était incapable de s'entendre avec qui que ce soit.

J'ai recueilli l'observation caractérologique d'un bon nombre de mélancolies d'involution : la plupart présentent les mêmes traits et la même constitution.

Ce sadisme dont nous parlons ne se montre d'ailleurs pas toujours sous une forme aussi manifeste. Il arrive, au contraire, que le malade ait apparu sous les traits habituels d'une personne timorée, anxieuse, doutant d'elle-même et paralysée par la crainte constante de faire du mal. Bien que de pareils caractères fassent plus aisément des crises maniaques que des crises dépressives, il s'en produit toutefois chez eux aussi. Une investigation psychologique approfondie montre bien chez ces malades aussi la présence de très fortes tendances sadiques, mais celles-ci sont refoulées, ne peuvent s'extérioriser. Par le mécanisme connu en psychanalyse sous le nom de « projection », le malade se punit pour ses tendances, quoique ces dernières soient en grande partie inconscientes, il s'applique la loi du talion, c'est-à-dire se fait à lui-même ce qu'il voudrait faire aux autres.

Le traitement psychothérapique des états mélancoliques s'inspirant des données psychologiques que nous venons d'esquisser, nous paraît obtenir dans certains cas des résultats assez intéressants. Si, en effet, le médecin, au lieu de se laisser guider par des sentiments de pitié, et de traiter de pareils malades avec la compassion que semble légitimer leurs très réelles souffran-

ces, s'applique au contraire à jouer un rôle plus strict, plus sévère, ceux-ci cessent assez vite de se tourmenter eux-mêmes, car leurs tendances à l'autopunition sont satisfaites par cette action extérieure. Dans le même ordre d'idées, c'est un fait bien connu qu'une blessure, un accident, une maladie intercurrente peuvent couper radicalement une crise mélancolique. Nous l'interprétons en disant que le sadisme du malade trouve ainsi une dérivation dans les souffrances corporelles. Il est d'ailleurs courant d'entendre dire aux mélancoliques qu'ils préfèreraient n'importe quelle douleur physique à leurs tortures morales. Une de nos malades, au début d'une crise mélancolique qui, d'après notre expérience précédente de ce cas, devait durer plusieurs mois, se cassa un bras : sa dépression guérit après quelques jours. Dans un autre cas, une entorse survenant au début d'une crise, coupa instantanément cette dernière.

Bien des mélancoliques guérissent aussi très rapidement quand une douleur morale réelle, la perte d'un être cher, par exemple, les atteint.

L'analyse psychologique de ces malades montre d'ailleurs qu'ils sont affectivement très ambivalents, par rapport à leurs proches, et dans certains cas, la prédominance des sentiments négatifs est manifeste. On est donc fondé à admettre que la guérison survient parce que l'agressivité et le sadisme du malade ont trouvé une satisfaction inconsciente. Nous avons pu observer ce processus psychologique dans plusieurs cas dont voici un exemple :

Une femme nous est amenée pour troubles mélancoliques graves, dont elle souffre depuis environ un an. Elle a toujours eu un caractère difficile, impérieux, extraordinairement jaloux, et a constamment dominé et tyrannisé son mari. Depuis le début de sa mélancolie, elle est hantée par la crainte de le voir mourir, ce qui est pour elle une raison de le tyranniser davantage : elle ne veut pas le laisser sortir seul, même pour aller à ses occupations, elle lui défend de voir ses amis, le réveille à chaque instant pendant la nuit pour voir s'il n'est pas mort et lui fait, sous les plus futiles prétextes, les scènes de jalousie et de violence les plus invraisemblables. Tout cela affecte beaucoup le pauvre homme, atteint d'une maladie de cœur et qui a déjà, à plusieurs reprises, fait des crises cardiaques à la suite de ces scènes. Sous le prétexte de compenser le mal qu'elle peut lui faire ainsi, la malade lui impose une tyrannie encore plus stricte.

Le conflit d'ambivalence est si manifeste et apparemment si près d'être conscient, que prudemment, nous essayons de le met-

tre à jour, sans aucun succès d'ailleurs, car la malade se montre extrêmement indignée que nous lui prêtions des sentiments hostiles contre son mari. Comme elle ne s'estime pas atteinte au point de vue nerveux, elle ne veut d'ailleurs pas entendre parler d'un traitement psychothérapique et nous quitte. Sa chance veut qu'une semaine après son départ, le mari meure subitement. Dès le surlendemain, tous les troubles mélancoliques ont disparu et la guérison s'est maintenue depuis.

Au point de vue thérapeutique, il est indiqué dans de pareils cas de faire prendre conscience au malade du conflit qui existe chez lui. Cette tâche est souvent très difficile, parfois même impossible, quand le sujet prend une vertueuse attitude d'indignation morale parce qu'on ose l'accuser de vilains sentiments. Cependant, ces réactions violentes ne sont pas sans utilité pour le malade, surtout quand le médecin est transformé en bouc émissaire, sur lequel on peut projeter une bonne partie de son agressivité. Dans un cas où tous nos efforts avaient été inutiles, nous avons conseillé au mari, qui était d'ailleurs souffrant, de simuler une aggravation de son état. Immédiatement, l'état de sa femme, mélancolique, s'améliora, pour empirer à nouveau lorsque le mari, guéri, se trouva dans l'incapacité de jouer plus longtemps son rôle.

Conclusions

La psychothérapie des troubles mentaux offre de grandes possibilités d'action, et dans la grande majorité des cas de psychoses fonctionnelles, donne des résultats satisfaisants, tout au moins partiels, en agissant sur les symptômes. Cette psychothérapie est en partie empirique, ce qui tient soit à notre insuffisante connaissance des processus psychologiques déterminants, soit à l'intrication des troubles physiques et psychiques, bref, aux éléments pathogènes complexes aboutissant au déclenchement des troubles mentaux.

Les observations psychothérapiques systématiques sont d'ailleurs encore trop rares, ce qui est dû, pour une bonne part, au scepticisme irrationnel d'une grande partie des psychiatres qui, indifférents aux faits de l'expérience, admettent soit que les maladies mentales évoluent fatalement, quels que soient les moyens qu'on emploie, soit qu'elles ne sont accessibles qu'à un traitement médicamenteux ou physique.

Il nous est difficile d'admettre une pareille attitude : les résultats qu'on obtient dans les asiles où une psychothérapie active

forme l'essentiel du traitement comparés à ceux des établissements où les malades sont plus ou moins abandonnés à eux-mêmes, sont en effet une démonstration trop péremptoire pour pouvoir être mise en doute.

La psychothérapie directe et indirecte des maladies mentales n'aurait-elle comme résultat définitif confirmé que l'amélioration de l'aspect et du fonctionnement des asiles qu'on ne saurait l'estimer assez haut. La disparition de l'agitation chronique, des anomalies du comportement, de la néfaste suggestion collective, l'atténuation de la plupart des symptômes psychiques, sont dues essentiellement à la psychothérapie.

L'empirisme provisoire qu'on lui reproche, son apparence parfois peu scientifique, ne doivent pas servir de prétexte à méconnaître son efficacité, ni à faire oublier que le devoir essentiel du psychiatre, comme de tout médecin, est de guérir et, à ce défaut, de soulager.

LA PRÉDISPOSITION AUX ACCIDENTS MENTAUX DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

PAR

ROGER MIGNOT

Dans leurs remarquables travaux sur les encéphalopathies aiguës, MM. Toulouse, Marchand, Courtois ont montré l'importance de l'atteinte primitive du cerveau (encéphalites infantiles, confusion mentale infectieuse, chorée, etc...) dans le développement ultérieur des psychoses chroniques. Celles-ci leur apparaissent comme souvent la conséquence tardive de lésions nerveuses organiques reprenant une activité pathologique après être restées latentes pendant une période plus ou moins longue, allant de quelques mois à plusieurs années. M. Marchand a pu démontrer par ses examens anatomo-pathologiques le bien-fondé de cette explication pathogénique. Ces auteurs, par la méthode anatomo-clinique, ont donc fourni une explication, plus satisfaisante pour l'esprit, à cette donnée ancienne, la *prédisposition acquise,* qui n'avait pas échappé aux cliniciens de la seconde moitié du XIX[e] siècle

Je voudrais, dans un domaine plus restreint, apporter une contribution à cette notion de pathologie générale psychiatrique. Depuis bien des années, tant à ma consultation de la Ligue nationale contre l'Alcoolisme (1917) qu'à l'Hôpital Henri-Rousselle (1924), je reçois, dans un but de psychothérapie, des alcooliques au décours des accidents mentaux aigus de l'intoxication. J'ai pu ainsi examiner plusieurs milliers de malades et je suis arrivé à cette conviction que chez les buveurs d'habitude, l'alcool n'est pas le seul facteur étiologique de l'alcoolisme mental.

L'abus invétéré de boissons alcooliques ne suffit pas pour déterminer l'alcoolisme mental et d'autre part celui-ci peut être provoqué par des doses quotidiennes modérées que certains qualifient même d'hygiéniques.

Nous sommes donc amenés à penser qu'il faut une prédisposition particulière pour que l'intoxication chronique par l'alcool ait un retentissement sur le fonctionnement du cerveau. Les éléments de prédisposition sont nombreux et variés ; les uns sont postérieurs aux habitudes d'intempérance et de caractère épisodique, les autres antérieurs et permanents. De ces éléments je ne retiendrai aujourd'hui que quelques-uns.

Tout le monde sait que le délirium survient souvent sans qu'il y ait eu une augmentation de la ration habituelle, voire même *a potu suspenso,* à l'occasion d'opérations chirurgicales, de blessures, de maladies intercurrentes, de fatigues exceptionnelles, d'intoxications surajoutées.

Le professeur Joffroy insistait sur ce point qu'il suffit d'une simple angine pour déterminer chez les buveurs un délire onirique. L'appoint toxi-infectieux déclanche l'accès mental aigu en provoquant un déséquilibre humoral, une insuffisance des organes de défense de l'organisme, en particulier du foie (Klippel). Ce mécanisme provocateur du delirium tremens est si fréquent qu'avec Triboulet nous avions proposé de désigner par le terme de « délires toxi-alcooliques » les accidents mentaux aigus de l'alcoolisme chronique pour insister sur l'importance de l'appoint toxi-infectieux.

Ces faits pathogéniques se rapprochent d'une façon assez lointaine de ceux présentés par MM. Toulouse, Marchand, Courtois, mais ils montrent que même dans un trouble aussi simple en apparence qu'un délire toxi-alcoolique, il est nécessaire que des facteurs multiples s'associent pour déterminer l'état mental pathologique : le *cerebrum invalidum* du buveur ne résiste pas à l'appoint toxique provenant d'affections banales, habituellement peu génératrices de délire.

Nous nous rapprochons des faits observés par les auteurs ci-dessus quand la prédisposition à l'alcoolisme mental résulte d'un état pathologique qui peut être antérieur aux habitudes d'intempérance.

Lorsque l'on examine en série des alcooliques mentaux, on est frappé de la fréquence des traumatismes craniens dans leurs antécédents. J'ai pensé tout d'abord qu'il s'agissait là d'une constatation passagère, dépendant de la loi des séries ; mais les années se sont écoulées et actuellement je crois que les traumatismes craniens jouent un rôle dans la détermination cérébrale de l'intoxication alcoolique.

J'ai commencé à tenir registre des alcooliques traumatisés qui

se sont présentés à ma consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 3 septembre 1929 ; de cette date au 1er février 1933, j'ai examiné 832 buveurs, et sur ce nombre 143 avaient subi antérieurement un traumatisme cérébral, soit 17 p. 100. C'est là une proportion non négligeable et qui ne peut être mise sur le compte du hasard.

On peut objecter que les traumatismes craniens sont communs chez tous les sujets et qu'il n'est pas d'enfants qui ne soient tombés sur la tête, mais je n'ai retenu que les cas sérieux, c'est-à-dire ceux qui ont provoqué des fractures du crâne, ceux qui ont laissé à leur suite des cicatrices avec parfois des déformations osseuses, ceux qui ont été suivi d'amnésie rétro-antérograde ou d'une perte prolongée de la conscience et qui ont nécessité un séjour au lit d'au moins quelques jours. Il faut que le traumatisme cranien ait déterminé une commotion cérébrale non douteuse pour que le cas ait été admis dans la statistique. D'autre part, il est nécessaire de rechercher soigneusement cet antécédent. Certains sujets n'attachent pas une grande importance à des accidents sérieux, surtout s'il n'y a pas eu blessure des parties molles. C'est ainsi qu'un cavalier, après une chute de cheval, avait présenté une amnésie rétro-antérograde de plusieurs heures; cependant il ne m'avait pas signalé le fait qu'il jugeait comme habituel en pareil cas ; pour lui la chute était sans importance, puisqu'il avait pu ramener son cheval à l'écurie en le tenant par le licou, d'après ce que ses camarades lui avaient dit. Un maçon, tombé du haut d'un échaufaudage, avait perdu du sang par le nez et une oreille ; il était resté étourdi pendant quelques jours, mais comme il ne s'était pas alité, il négligeait de m'en parler.

Les accidents les plus graves, ceux qui se sont accompagnés de perte de substance osseuse ou cérébrale et ceux qui ont laissé à leur suite de la surdité et des paralysies ne sont pas fréquents chez mes malades. C'est ainsi que je compte seulement 7 trépanés chez mes 832 buveurs.

Par contre, sur 86 alcooliques mentaux présentant des accidents épileptiques, 23 étaient d'anciens traumatisés craniens, soit 26 p. 100.

Les alcooliques mentaux traumatisés, chez lesquels on peut soupçonner une atteinte de la région tubérienne, comme dans le cas présenté par MM. Pichard et Liber à la Société Médico-psychologique, sont rares ; je n'ai rencontré que deux sujets devenus polydipsiques après un traumatisme cranien et secondairement alcooliques.

En résumé, la fréquence des traumatismes craniens dans les

antécédents des alcooliques mentaux n'est pas une coïncidence fortuite. Quelques-uns de ces malades ont même remarqué qu'à la suite de leur accident, leur tolérance à l'alcool avait diminué ; c'est-à-dire que des doses plus faibles qu'auparavant déterminaient l'ivresse. Il faut donc bien admettre que les perturbations apportées dans le système nerveux par les traumatismes craniens laissent une trace qui se traduit par une moindre résistance mentale au toxique alcool.

A cette démonstration clinique, il faudrait ajouter la preuve anatomique, comme M. Marchand l'a fait dans un cas où l'épilepsie traumatique avait pu être considérée comme une épilepsie essentielle.

MM. Toulouse et Courtois ont noté dans les antécédents des psychoses chroniques la fréquence des maladies infectieuses (typhoïde, diphtérie, infections puerpérales ou opératoires). Chez les alcooliques mentaux, le paludisme est d'observation si banale qu'il joue certainement un rôle dans la pathogénie complexe des délires toxi-alcooliques. Je l'ai relevé 108 fois, soit dans 12 p. 100 des cas. Les malades ne manquent pas d'invoquer leur paludisme comme justification du trouble psychique ; il est bien humain qu'ils confondent le délire infectieux dû à l'hématozoaire avec le délire toxique dont ils sont responsables. Mais de notre côté nous commettrions une erreur si nous dénions au paludisme son action pathogénique dans le délire toxi-alcoolique. Depuis les travaux de Klippel, nous connaissons l'importance du rôle du foie dans les délires et nous savons également combien les infections coloniales ont un retentissement profond sur les fonctions de cet organe.

En terminant, je crois pouvoir conclure que la folie des buveurs, affection mentale dont la cause paraît si évidente, si immédiate, est cependant conditionnée par un état de prédisposition dont la nature bien souvent nous échappe, mais qui parfois provient du paludisme et des traumatismes craniens.

De cette constatation il convient de tirer les déductions de prophylaxie mentale qu'elle comporte : les anciens paludéens et traumatisés craniens doivent s'abstenir de toutes les boissons qui contiennent de l'alcool.

ÉTUDE SUR LES ÉVASIONS D'ALIÉNÉS

PAR

ROGER DUPOUY

Les évasions de malades internés dans un asile d'aliénés sont assez fréquentes. Il nous a paru intéressant d'étudier les difficultés qu'elles soulèvent parfois. Nous avons basé cette étude sur les documents recueillis à la Préfecture de Police durant l'année 1930 et concernant les évasions d'aliénés dont ses services eurent à s'occuper.

Nous donnerons d'abord le résumé, aussi succinct que possible, de nos observations. Si ingrate que soit cette partie de notre travail, elle était indispensable pour justifier les commentaires qui suivront.

HOMMES

C. — Déséquilibré. Arriéré et amoral. Alcoolisme surajouté.

Placement d'office à 20 ans du 24 août 1926 au 7 mars 1927.

Deuxième internement le 29 décembre 1927. *Aliéné judiciaire.* Inculpé de vols et attentat aux mœurs.

Evadé le 9 novembre 1930 de Villejuif. Réintégré dans la nuit. Avait pénétré dans un débit de vins. Scandale. Résistance et violences aux agents.

B. — Epilepsie et alcoolisme.

Placement d'office à 25 ans le 8 octobre 1929. Transféré à Vauclaire le 6 mai 1930, d'où il s'évade le 26 du même mois.

Deuxième internement d'office le 6 août 1930. *Deuxième évasion* de Villejuif le 12 janvier 1931. Certificat de réintégration. Arrêté à Strasbourg le 9 avril 1931 après un cambriolage.

C. — Débile pervers, instable, fugueur. — Interné le 27 juillet 1926 à 37 ans. *Aliéné judiciaire.* Vagabondage. Déjà interné en province et évadé de Mont-de-Marsan.

Interné à nouveau le 26 novembre 1929 par placement d'office. Transféré à St-Ylie le 27 mars 1930, d'où il s'évade le 25 avril de la même année (*récidive*) en compagnie de deux autres malades. Certi-

ficat de réintégration. Vainement recherché. Hébergé au refuge municipal Nicolas Flamel, 69, rue du Château-des-Rentiers, du 30 avril au 10 juin. Réclame ses effets à l'asile de St-Ylie qui le signale à la Préfecture de Police. Retrouvé à Dax chez son frère. Laissé en liberté.

H. — Débile alcoolique et cocaïnomane. Evolution possible vers une démence précoce.

Interné à 23 ans le 20 mars 1923. *Aliéné judiciaire.* Coups et blessures volontaires.

Evadé le 3 janvier 1930 de Villejuif. Certificat de réintégration. S'est représenté lui-même à l'asile le 5 janvier après avoir erré à l'aventure dans des terrains vagues.

R. — Psychose hallucinatoire avec tendances agressives.

Interné à 45 ans par placement d'office le 21 avril 1914. Transféré le 11 février 1922 à Evreux d'où il s'évade le 5 juin 1930. Retrouvé à l'hôpital de Vernon et réintégré le 11 juin 1930.

D. — Débile fugueur ; dément précoce probable.

Interné à 24 ans par placement volontaire du 2 septembre 1915 au 11 décembre 1915 ; par placement d'office du 20 mars 1917 au 1er septembre 1918 ; par placement volontaire le 10 janvier 1921.

Evadé de la Maison Nationale de Santé le 23 août 1930. Certificat de réintégration. Non retrouvé malgré les recherches.

Plainte au Parquet du père (18 décembre 1930) contre le Directeur de l'Asile de St-Maurice « pour disparition clandestine de son fils dont il avait la garde ». Affaire classée.

M. — Alcoolisme.

Interné à 32 ans par placement d'office le 31 juillet 1930. Evadé de Ville-Evrard le 30 août 1930. Certificat de non réintégration. Laissé en liberté.

P. — Imbécillité.

Interné à 22 ans par placement volontaire du 7 février 1903 au 19 octobre 1904 ; puis du 1er septembre 1906 au 22 décembre 1910 ; enfin le 10 octobre 1923 comme *aliéné judiciaire.* Vagabondage et mendicité.

Evadé de Ville-Evrard le 25 avril 1930. A réintégrer. Repris et caché par sa mère. Signalé à la Préfecture de Police. Laissé en liberté comme non dangereux.

B. — Déséquilibré pervers.

Interné à 15 ans le 25 août 1923 par placement volontaire, converti en placement d'office. Transféré à Lafond le 12 août 1928.

Deuxième internement le 9 octobre 1929. *Aliéné judiciaire.* Tentative de vol et vagabondage.

Evadé de Vaucluse le 21 janvier 1930. Retrouvé à la gare et réintégré.

J. — Arriéré.

Interné à 7 ans par placement volontaire le 22 janvier 1923.

Evadé de Vaucluse le 27 avril 1930. A réintégrer. Arrêté à Paris, envoyé à l'Infirmerie Spéciale et réintégré le 2 mai.

B. — Psychose périodique.

Interné à 43 ans par placement d'office du 23 décembre 1922 au 18 février 1923 pour mélancolie, puis le 17 janvier 1930 par placement d'office pour état maniaque.

Evadé de Villejuif le 4 août 1930. A réintégrer. Vainement recherché. Classé.

D. — Paralysie générale.

Interné par placement volontaire à 30 ans le 2 juillet 1926. Transféré à Ainay-le-Château le 5 juin 1930.

Evadé d'Ainay le 2 novembre 1930. Rayé des contrôles de l'établissement le 3 décembre. A laisser en liberté.

L. — Débile alcoolisé.

Interné à 25 ans par placement d'office du 19 mars au 3 août 1924 ; puis par placement d'office le 16 avril 1925.

Evadé de Vaucluse le 23 avril 1925. A réintégrer. Arrêté à Puteaux le 28 avril 1925. Conduit à l'Infirmerie Spéciale et réinterné.

Evadé une seconde fois de Vaucluse le 4 janvier 1927. Certifié pouvant ne pas être réintégré. Repris par ses parents. Refusé par son frère en province après avoir quitté le 7 janvier ses parents qui refusent de le laisser examiner à l'Infirmerie Spéciale. Signalé le 7 mars et le 12 mai 1928 pour excentricités. Laissé en liberté.

Réinterné par placement d'office le 1er juin 1928. Transféré à Ainay-le-Château le 8 juillet 1930.

Evadé d'Ainay (*troisième évasion*) le 24 juillet 1930. A réintégrer. Signalé à St-Germain-en-Laye en août 1930. Demande lui-même son réinternement au service de Prophylaxie mentale le 30 décembre 1930. Réinterné le lendemain par placement d'office.

C. — Déséquilibré pervers, persécuté interprétant.

Interné le 17 octobre 1929 à 53 ans. *Aliéné judiciaire.* Vol. Transféré à Tours le 20 mars 1930.

Evadé le 16 avril 1930. A réintégrer. Certifié ultérieurement pouvant être laissé en liberté. Non retrouvé.

Deuxième internement le 11 novembre 1930. *Aliéné judiciaire.* Vol. Transféré à Auxerre le 15 janvier 1931. *Deuxième évasion* le 18 octobre 1931. A réintégrer. Vainement recherché. Classé.

K. — Alcoolisme.

Interné à 31 ans le 17 octobre 1929. *Aliéné judiciaire.* Violences à agents. Transféré le 17 mars 1930 à Saint-Ylie. Evadé le 25 avril 1930. Réintégré. Transféré à l'asile de Hoerdt.

C. — Alcoolique épileptique.

Interné à 30 ans par placement d'office le 1er novembre 1929.

Evadé de Vaucluse le 29 janvier 1930. Arrêté le 24 juin 1930. Réinterné par l'Infirmerie Spéciale le 25 juin. Remis en liberté le 2 août 1930.

E. — Encéphalite épidémique.

Interné à 19 ans par placement volontaire le 10 novembre 1929. Evadé de Ville-Evrard le 21 février 1930. Sortie régularisée.

S. — Dément précoce.

Interné à 33 ans par placement volontaire le 7 février 1924 à l'asile privé de X.

Evadé le 19 mars 1926. Retrouvé errant le 21 mars 1926. Réintégré.

Deuxième évasion le 31 mai 1929. Réinterné par placement d'office à Clermont le 12 juin 1929. Transféré à X. le 23 juillet 1929.

Troisième évasion le 16 janvier 1930. Arrêté le 17 janvier pour filouterie d'aliments. Réinterné après expertise (*aliéné judiciaire*) et transféré à X. le 28 janvier 1930.

Quatrième évasion le 23 mars 1930. Arrêté à Joinville-le-Pont le 25 mars. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale. Réinterné le 26 mars 1930. Transféré à X., puis en Angleterre (17 décembre 1930).

S. — Alcoolique.

Interné à 35 ans par placement d'office le 4 avril 1929.

Transféré à Vauclaire le 3 avril 1930. Evadé le 13 du même mois.

Réinterné par placement d'office le 28 mai 1930 à Châlons-sur-Marne. Sorti le 22 juillet 1930. Interné à nouveau par placement d'office le 15 décembre 1931 pour alcoolisme.

B. — Dément précoce.

Interné à 20 ans par placement d'office le 7 décembre 1927. Evadé de Ville-Evrard le 30 mai 1930. Arrêté à Anet et réintégré le soir même. Transféré à Saint-Pons le 17 juillet 1930.

N. — Etat maniaque.

Interné à 33 ans par placement d'office le 30 juillet 1927. Sorti le 17 novembre 1927. Réinterné le 16 mai 1929. *Aliéné judiciaire* (vol). Transféré à Breuty-la-Couronne le 6 septembre 1929. Evadé le 9 juin 1930. A réintégrer. Non retrouvé mais arrêté dans la Gironde en octobre 1930 pour vol et vagabondage.

C. — Déséquilibré fugueur.

Interné à 15 ans par placement volontaire du 18 juillet au 14 novembre 1927.

Réinterné le 15 avril 1928. *Aliéné judiciaire* (vagabondage).

Evadé de Vaucluse le 26 juin 1930. A réintégrer.

Arrêté le 18 juillet à Paris. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale. Laissé en liberté et remis au patronage de l'enfance.

B. — Epileptique pervers.
Interné à 19 ans par placement d'office le 11 février 1926.
Transféré à Ainay-le-Château le 10 janvier 1927. Evadé le 19 mai 1927 et vainement recherché.
Interné à nouveau par placement d'office le 29 novembre 1929.
Transféré à l'asile de Naugeat le 25 juin 1930. *Deuxième évasion* le 19 août 1930. A réintégrer. Réintégré le 27 août 1930.

G. — Débile fugueur.
Interné à 38 ans par placement d'office le 21 novembre 1929.
Evadé de Villejuif le 10 février 1930. A réintégrer.
Arrêté vagabondant à Sceaux le 16 février 1930 et réintégré. Transféré à Maréville le 3 mars 1930.

G. — Etat maniaque.
Interné à 30 ans par placement d'office le 1er février 1930.
Evadé de l'asile privé de Z. le 13 février. A réintégrer.
Arrêté à Paris et réintégré le jour même. Transféré à Ville-Evrard et sorti le 9 mai 1930.

D. — Déséquilibré.
Interné à 21 ans le 14 juillet 1929. *Aliéné judiciaire* (abus de confiance et faux). Transféré à St-Ylie le 17 mars 1930. Evadé le 25 avril 1930 en compagnie de deux autres malades. Réintégré le 27. Transféré à Hoerdt le 10 octobre 1930.

F. — Psychose hallucinatoire.
Interné à 35 ans par placement volontaire le 27 mars 1929. Evadé de Ville-Evrard le 8 juin 1930. A réintégrer. Laissé en liberté sous surveillance.
Arrêté le 1er avril 1931 pour voies de fait à un voisin. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale et réinterné par placement d'office le 2 avril 1931 pour paranoïa.

P. — Alcoolique.
Interné à 41 ans par placement d'office du 17 mars au 30 avril 1929. Réinterné d'office le 19 juillet 1929. Transféré à Niort le 11 mars 1930. Evadé le 3 août 1930. A réintégrer. Laissé en liberté en province.

D. — Débile pervers.
Interné à 26 ans. *Aliéné judiciaire* (déjà interné en 1921 comme aliéné judiciaire après incendie volontaire). Evadé d'Agen le 30 mars 1930. Se rend à Paris sans billet. Arrêté. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale et réintégré le 1er avril 1930. Transféré à Pierrefeu le 19 août.

M. — Débile déséquilibré et amoral.
Interné à 29 ans le 19 février 1930. *Aliéné judiciaire* (vol), déjà interné en 1929.

Evadé de Villejuif le 19 mai. A réintégrer. Arrêté le 26 mai pour tentative de cambriolage. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale et réintégré le même jour.

Transféré à Auch le 10 octobre 1930. *Deuxième évasion* le 28 février 1931. Venu sans billet à Paris et arrêté le 2 mars 1931. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale et réinterné. Transféré à Armentières le 2 juin 1931.

C. — Psychose hallucinatoire.

Interné à 34 ans le 3 novembre 1928. *Aliéné judiciaire* (vols). Transféré à Dury le 29 mars 1929. Evadé le 5 juillet 1930.

Réintègre spontanément le 2 avril 1931 l'asile de Dury d'où il sort le 2 décembre 1931.

F. — Dégénérescence mentale et alcoolisme.

Interné à 16 ans du 23 juin au 15 août 1896, puis à Clermont en 1924 et 1930 ; à nouveau le 23 avril 1930. *Aliéné judiciaire* (abus de confiance). Evadé de Vaucluse le 11 août 1930. A réintégrer. Non retrouvé.

Réinterné par placement d'office après consultation au service de Prophylaxie mentale le 8 décembre 1930. Transféré à Montauban le 30 janvier 1931. Sorti le 22 juin. Réinterné d'office le 31 décembre pour alcoolisme et transféré à Leyme le 6 avril 1932.

S. — Psychose hallucinatoire.

Interné à 27 ans le 4 avril 1929. *Aliéné judiciaire* (violences à agents). Transféré à Vauclaire le 18 juin 1929. Evadé le 19 septembre 1930. Recherché ; non retrouvé.

J. — Arriéré fugueur.

Interné à 14 ans par placement volontaire le 28 juin 1930. Evadé de Vaucluse le 15 octobre 1930 (en compagnie du suivant). A réintégrer. Laissé en permission. Réintégré le 9 novembre 1930. *Evadé à nouveau* le 29 mars 1931. A réintégrer. Réintégré le même jour. Sorti le 15 avril 1931.

L. — Arriéré pervers.

Interné à 14 ans par placement d'office le 19 avril 1930.

Evadé de Vaucluse le 15 octobre 1930 (en compagnie du précédent).

A réintégrer. Ramené à la Colonie le 16 octobre.

Deuxième évasion le 5 janvier 1932. A réintégrer. Laissé en liberté et à la garde de sa famille qui le réclame.

M. — Psychose hallucinatoire.

Interné à 32 ans par placement d'office le 13 janvier 1930.

Evadé de Vaucluse le 20 octobre 1930 en compagnie du suivant.

A réintégrer. Vainement recherché.

L. — Débile pervers.

Interné à 17 ans par placement d'office le 17 mai 1929.

Evadé de Vaucluse le 20 octobre 1930 en compagnie du précédent. Réintégré le 21. Transféré à Villejuif, puis à Vauclaire le 7 mai 1931.

C. — Pervers.
Interné à 31 ans le 22 août 1930. *Aliéné judiciaire* (vols). Déjà interné à Saint-Robert, Privas, Orléans.
Transféré à l'asile privé de Y. Evadé le 30 octobre 1930. Vainement recherché.

G. — Démence précoce probable.
Interné à 23 ans le 19 juin 1924. *Aliéné judiciaire* (vagabondage).
Transféré à Dury le 23 octobre 1924. Evadé le 29 octobre 1930. Réintégré le 2 novembre 1930.

M. — Débile alcoolique.
Interné à 37 ans le 27 mai 1930. *Aliéné judiciaire* (vol, recel).
Transféré à Pierrefeu le 19 août 1930. Evadé le 17 novembre. A réintégrer. Vainement recherché.

B. — Débile pervers.
Interné à 15 ans par placement d'office le 2 mars 1929. Placé à l'Institut médico-pédagogique de Dury par jugement. Evadé le 29 novembre 1930. Réintégré le 18 décembre.
Transféré à Armentières le 17 septembre 1931. *Deuxième évasion* le 11 février 1932. A réintégrer. Réintégré le 10 mars.

T. — Paranoïa.
Interné à 29 ans par placement d'office le 2 janvier 1930.
Transféré à Cadillac le 7 février 1930.
Evadé (avec complicité) le 6 décembre. A réintégrer. Arrêté à Paris le 12 décembre. Envoyé à l'Infirmerie spéciale. Réinterné par placement d'office le 13 décembre. Transféré à Ville-Evrard, puis à Haïti, son pays.

M. — Déséquilibré pervers.
Interné à 32 ans le 25 octobre 1930 par placement volontaire à la Maison de Santé de Ville-Evrard.
Evadé le 6 décembre 1930. Laissé en liberté.

B. — Confusion mentale.
Interné à 23 ans le 4 mai 1930 par placement d'office.
Transféré à Armentières le 28 juillet 1930. Evadé le 4 décembre. Laissé en liberté sur avis médical.

B. — Dégénéré impulsif, fétichiste, avec colères dangereuses.
Interné à 30 ans le 6 janvier 1930. *Aliéné judiciaire.*
Evadé de Villejuif le 23 décembre. A réintégrer.
Arrêté à Paris le 22 janvier 1932. Envoyé à l'Infirmerie spéciale. Pervers lucide laissé en liberté.

G. — Alcoolisme.

Interné à 30 ans par placement d'office le 24 janvier 1930.

Transféré à Vauclaire le 6 mai. Evadé le 29 décembre.

Arrêté pour vagabondage et voyage sans billet. Interné le 22 janvier 1931 comme aliéné judiciaire et transféré à Vauclaire le 7 mai.

FEMMES

L. — Psychose hallucinatoire.

Internée à 67 ans par placement d'office le 10 novembre 1923. Transférée à Dun-sur-Auron le 20 novembre 1925.

Evadée de Dun le 2 mars 1930. Hébergée à l'Œuvre des Sœurs de la Croix à Paris. Laissée en liberté.

M. — Erotomanie et schizophrénie.

Internée à 34 ans par placement d'office le 14 avril 1927. Transférée à Fleury-les-Aubrais le 8 novembre 1927.

Evadée le 18 août 1930. A réintégrer. Arrêtée le 30 août et dirigée sur l'Infirmerie spéciale. Réintégrée après nouvel examen.

L. — Alcoolisme et épilepsie.

Internée à 39 ans par placement d'office du 22 mai au 3 septembre 1928, puis le 19 août 1929.

Evadée le 24 mars 1930 de Maison-Blanche. Certifiée non dangereuse. Sortie régularisée.

L. — Paralysie générale.

Internée à 39 ans par placement d'office le 2 juillet 1929.

Evadée de Moisselles le 3 janvier 1930. Certifiée pouvant n'être pas réintégrée. Arrêtée cependant et réinternée le 18 janvier 1930.

Transférée en province le 7 octobre.

S. — Psychose hallucinatoire.

Internée à 40 ans par placement d'office le 20 novembre 1929 à l'asile privé de Y. Evadée le 5 avril 1930. Laissée en liberté.

B. — Alcoolisme chronique.

Internée à 39 ans par placement d'office le 4 septembre 1925.

Transférée le 22 mars 1927 à Fleury-les-Aubrais, puis le 7 décembre à Dun-sur-Auron.

Evadée de Dun le 23 septembre 1930. Recherchée vainement. Rayée des contrôles le 1er décembre 1930.

I. — Mélancolie ; démence précoce.

Internée à 24 ans par placement d'office le 26 août 1924 et transférée à Auxerre le 11 février 1925. Sortie le 20 juin 1925.

Réinternée par placement volontaire le 3 juin 1930 à Saint-Maurice.

Evadée le 31 octobre. Laissée en liberté. Réinternée par placement volontaire le 18 juillet 1931 à Saint-Maurice.

G. — Déséquilibre mental avec délire polymorphe.

Internée à 27 ans le 5 novembre 1930. *Aliénée judiciaire.* (Infraction à arrêté d'interdiction de séjour).

Evadée de Maison-Blanche le 22 décembre. Retrouvée et réintégrée le 23 décembre. Sortie le 9 juin 1931.

Au résumé nous trouvons 46 aliénés hommes ayant accompli 58 évasions. Leur diagnostic était le suivant :

Déséquilibre ou débilité mentale avec perversions instinctives, avec ou sans appoint alcoolique ou épileptique	22
Alcoolisme avec ou sans épilepsie	6
Psychose hallucinatoire	5
Démence précoce	4
Manie	3
Arriération mentale profonde	2
Paralysie générale, 1 ; confusion mentale, 1 ; paranoïa, 1 ; encéphalite épidémique, 1	4

Leur âge :	moins de 20 ans	7
	de 20 à 30 ans	15
	de 30 à 40 ans	17
	de 40 à 50 ans	4
	au delà de 50 ans	3

Récidivistes : 10.

Les 58 évasions concernaient :

21 cas d'internement judiciaire.
27 cas de placement d'office.
10 cas de placement volontaire.

Les évasions se sont produites :

d'un asile de la Seine	25 fois
d'un asile départemental après transfert	21 —
d'une colonie familiale de la Seine	3 —
d'une maison de santé	8 —
d'un asile départemental	1 —

L'intervalle écoulé depuis l'entrée du malade à l'asile d'où il s'est évadé (asile où il a été envoyé d'emblée ou après transfert) s'inscrit comme suit :

moins de six mois	32 cas
de 6 mois à 1 an	10 —
plus d'un an	9 —
plus de 3 ans	7 —

Les évasions signalées ont été presque toujours accompagnées de certificats à fin de réintégration (48 sur 58). 30 évadés ont été réintégrés, dont 23 immédiatement ou dans un délai ne dépassant pas 15 jours et 7 dans un délai supérieur à 15 jours.

6 n'ont pas été réintégrés malgré le certificat qui concluait à leur réintégration.

16 n'ont pas été retrouvés au cours des recherches effectuées, dont 3 portés disparus malgré des recherches minutieuses et longtemps poursuivies.

6 ont bénéficié, au contraire, d'un certificat de non réintégration et laissés de ce fait en liberté.

Les réintégrations ont fréquemment eu lieu après arrestation de l'évadé par la police, l'arrestation étant dans certains cas motivée non par la recherche systématique de l'évadé, mais par le comportement asocial de l'individu, reconnu secondairement aliéné évadé. Dans 11 cas, le sujet a été après l'arrestation envoyé à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police à fin d'examen. Quelques malades ont demandé eux-mêmes leur réintégration (3 cas) ou ont été retrouvés presqu'immédiatement et réintégrés par le personnel infirmier de l'asile ; une fois la réintégration a été effectuée par l'intermédiaire du Service de Prophylaxie Mentale où le malade avait été amené ; une autre fois après consultation prise dans ce même service.

Signalons encore les évasions collectives (7), la complicité prouvée en 2 cas, enfin deux conséquences intéressantes au point de vue du droit.

Un évadé de St-Ylie écrit au directeur de l'asile pour réclamer des effets, objets et papiers divers lui appartenant et déposés à l'établissement. Cette réclamation pose la question de la situation légale de l'évadé que nous étudierons plus loin.

D'autre part, le père d'un évadé vainement recherché, porté disparu et présumé suicidé porte plainte au Parquet contre le directeur de l'asile d'où il s'est évadé, avec demande de dommages-intérêts. Nous reparlerons également plus loin de cette question.

Nous comptons beaucoup moins d'évasions chez les femmes, 8 seulement, et aucune récidive ni aucune évasion collective.

Les diagnostics des évadées étaient les suivants :

Alcoolisme et psychose hallucinatoire (chacun 2)		4
Déséquilibre mental, démence précoce, paralysie générale, mélancolie (chacun 1)		4
Leur âge :	au-dessous de 20 ans	0
	de 20 à 30 ans	2
	de 30 à 40 ans	2
	de 40 à 50 ans	3
	au-dessus de 50 ans	1
Les internements :	judiciaire	1
	par placement d'office	6
	par placement volontaire	1
Les évadées venaient :	d'un asile de la Seine	3
	d'un asile départemental après transfert	1
	d'une colonie familiale (Dun)	2
	d'une maison de santé	2

Après un séjour de :	moins de six mois	3
	de 6 mois à 1 an	2
	de plus d'un an	2
	de plus de 3 ans	1

Cinq furent l'objet d'un certificat de réintégration, sur lesquelles 2 furent immédiatement réintégrées, 2 non réintégrées, 1 portée comme disparue. Par contre, 3 bénéficièrent d'un certificat de non réintégration, mais 2 seulement demeurèrent en liberté, la 3e fut réintégrée.

⁂

De cette statistique, nous pouvons déjà tirer quelques conclusions.

Les évasions sont surtout effectuées par les déséquilibrés ou débiles pervers et par les alcooliques chroniques, c'est-à-dire par les sujets non délirants, non déments, utilisés au dehors pour les corvées de l'asile, le travail de la ferme, etc... Indisciplinés, instables, impulsifs, fugueurs incorrigibles, ce sont eux qui fournissent le plus fort contingent des récidivistes.

D'autre part, les évasions sont principalement accomplies par les sujets internés par voie judiciaire ou d'office qui ne peuvent obtenir leur sortie sur la simple demande de leur famille.

Il faut enfin remarquer que la majorité des évasions sont exécutées moins de six mois, et certaines moins d'un mois après l'internement ou le transfert, 32 fois sur 58, soit 55 % pour les hommes.

⁂

De nos observations résumées découlent diverses déductions pratiques.

La loi de 1838 ne s'est pas préoccupée des évadés, elle est muette à leur égard. C'est une lacune que le projet Dubief avait voulu combler ; nous verrons comment.

Le règlement de 1839 prescrit seulement au directeur (art. 24) de signaler immédiatement au préfet les évasions.

En pratique, lorsqu'un aliéné s'évade d'un asile, le directeur donne l'ordre aux infirmiers qui le connaissent de le rechercher et de le réintégrer immédiatement s'ils le retrouvent. Au cas où cette recherche est infructueuse, le médecin traitant rédige le jour même ou le lendemain un certificat spécifiant l'état mental du malade lors de son évasion, la nature ou non dangereuse de ses troubles et, en conséquence, la nécessité de sa réintégration ou la possibilité sans inconvénients de sa liberté. Le certificat est

adressé avec rapport circonstancié au préfet, déjà avisé télégraphiquement, et recopié sur le livre de la loi, malgré que les textes officiels ne fassent point mention, avons-nous dit, de cette obligation.

Etudions successivement les différents points de la question.

1. — *L'aliéné est déclaré non dangereux.* On peut le laisser en liberté ; le certificat médical est formel à cet égard et conclut à la non-réintégration. Cet avis médical n'est pas forcément suivi par le préfet et nous avons noté dans notre statistique qu'une évadée bénéficiant d'un certificat concluant à ce qu'elle fût laissée en liberté avait cependant été réintégrée après examen.

Il arrive, en pareil cas, principalement en province, que l'aliéné évadé et reconnu inoffensif par le médecin de l'asile soit tout simplement rayé de l'effectif de l'établissement et que sa sortie soit régularisée. Le cas est classé. En réalité, il y a lieu de traiter à part les aliénés placés d'office et d'établir, au point de vue de la procédure en usage, une distinction entre la Seine et les autres départements. A Paris, le Préfet de Police considère que l'aliéné placé d'office, bien qu'évadé, demeure toujours sous le coup de son arrêté d'internement et s'il a des doutes sur la nocivité sociale du sujet, si par exemple il s'agit d'un aliéné judiciaire ou si sa victime manifeste son appréhension de nouvelles violences, il ordonne son arrestation et le fait diriger sur l'Infirmerie Spéciale pour examen et décision.

En province, au contraire, il semble que l'aliéné évadé, même s'il a été placé d'office, du moment qu'il est l'objet d'un certificat de maintenue en liberté, soit défalqué de la population de l'asile par un arrêté préfectoral immédiat. La sortie est, comme on dit, « régularisée ». Le Préfet, en l'espèce, joue plus le rôle du Préfet de la Seine que celui du Préfet de Police dont il ne possède d'ailleurs pas l'organisme si spécial et si utile qu'est l'Infirmerie dite à tort du Dépôt.

2. — *L'aliéné est déclaré dangereux,* lors de son évasion, par le médecin qui dans son certificat conclut à la nécessité de sa réintégration. Il est donc recherché, d'abord par les infirmiers de l'asile, ensuite par la police et la gendarmerie.

Les infirmiers ont mission de le rechercher. Le Préfet de la Seine, en réponse à une question posée, s'exprime ainsi (1) : « Lorsqu'un aliéné s'évade, l'établissement où il était traité a le

(1) Cf. Raynier et Beaudouin. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés,* 2e éd. 1930.

devoir de le rechercher, soit qu'il ait été placé par sa famille, soit qu'il ait été admis en vertu d'un arrêté de M. le Préfet de Police. Les infirmiers qui le connaissent, qui ont acquis sur lui un certain ascendant moral, sont, mieux que quiconque, à même de le ramener à l'asile. Il est donc normal de les charger de cette mission. Ils ont toutefois pour instructions de n'agir sur le malade que par la persuasion, de ne jamais passer outre au désir de la famille si celle-ci veut le garder, et de ne jamais recourir à la force.

« ...Il va de soi que dans le cas où la recherche d'un aliéné paraîtrait devoir présenter un danger, il serait fait appel à la Préfecture de Police qui dispose de moyens appropriés. »

La recherche effectuée par le personnel de l'asile, soit dans les parages de l'établissement, soit dans les gares de chemin de fer avoisinantes, soit au domicile du malade ou de ses parents, n'ayant pas immédiatement abouti, le directeur avise téléphoniquement ou télégraphiquement le Préfet qui donne des ordres de recherche et d'arrestation. Le Préfet qui a la charge de la sécurité publique a tout pouvoir, pour faire appréhender *sur la voie publique* un aliéné certifié dangereux. Si l'aliéné s'est réfugié chez lui ou chez ses parents et que ceux-ci, son conjoint ou ses enfants s'opposent à l'arrestation et à la réintégration, je doute fort que les représentants du Préfet passent outre à cette opposition à moins de « danger imminent » ; ils établiront plutôt une surveillance et attendront son passage sur la voie publique pour s'emparer de sa personne.

A Paris et dans la Seine, la police et plus particulièrement la brigade spéciale du service des aliénés a fréquemment à intervenir en pareil cas. L'aliéné, dès son arrestation, est conduit à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police où il est soumis à un examen psychiatrique. Le certificat rédigé conclut généralement à la réintégration, mais le médecin n'est pas lié par le certificat du médecin traitant et, de même que nous avons vu réintégrer une malade dont le retour à l'asile n'était pas exigé par son médecin traitant, de même nous avons vu laisser en liberté des sujets dont la réintégration avait été demandée après l'évasion.

En province, la gendarmerie est parfois sollicitée de procéder, quelque répugnance qu'elle en ait, à pareille mission. Le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie définit ainsi son rôle :

Art. 305. — « ...Toutefois, la gendarmerie empêche la divagation des fous dangereux, *s'en saisit*, ainsi que de ceux qui lui

seraient signalés comme *évadés des établissements d'aliénés*, et les remet sur-le-champ à l'autorité civile locale.

« Là s'arrête le rôle de la gendarmerie. En aucun cas, les aliénés ne doivent être déposés dans les chambres de sûreté. »

L'aliéné est ainsi ramené à l'asile ou conduit dans un hôpital où il sera l'objet d'un examen médical et d'un certificat sur le vu duquel il sera laissé en liberté ou réintégré volontairement ou bien plutôt d'office.

3. — Le certificat à fin de réintégration émanant du médecin de l'asile d'où l'aliéné s'est évadé ne conserve pas indéfiniment sa valeur. On l'assimile pratiquement à un certificat ordinaire d'internement dont la péremption est acquise au bout de 15 jours (art. 8 de la loi de 1838). Le projet Strauss portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés n'en dit mot, mais le projet Dubief lui avait consacré un article.

Section V, § 1. — Sorties définitives ; sorties provisoires ; *évasions*. Art. 52 (1). — « Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalités, si elle a lieu dans un délai de quinze jours.

« Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement, soit volontaire, soit d'office, conformément aux prescriptions de la présente loi.

« Les mesures prescrites par l'article 13 (2) sont applicables à la réintégration des aliénés évadés. »

Déjà d'ailleurs, la circulaire ministérielle du 22 décembre 1842 décidait que la réintégration ne pouvait être effectuée que dans un délai rapproché et interdisait autrement aux Préfets de procéder chez les évadés à une réintégration sans observer toutes les conditions d'un placement nouveau. Un jugement du tribunal de Besançon du 15 février 1888 déclarait que du moment qu'un certain laps de temps s'est écoulé depuis l'évasion, il y a droit acquis au profit de l'aliéné et la réintégration ne peut avoir lieu qu'en remplissant les formalités du placement soit d'office, soit volontaire (Cf. Régis, *Précis de Psychiatrie ;* Raynier et Beaudouin, *loc. cit.*). Un arrêt de la cour de Bordeaux du 11 décembre 1901 conclut pareillement que si dans le cas d'une évasion récente la solution ne peut faire doute, il n'en est plus de même lorsque la personne internée s'est échappée depuis un temps plus long. Nous n'en déduirons cependant pas que « de

(1) Art. 52 du projet primitif, 43 de la proposition de loi discutée et adoptée en 1907.

(2) Primitivement 14.

ce qu'elle n'a pas été réintégrée depuis à l'asile on peut conclure que, de l'avis même de l'Administration, l'internement ne s'imposait pas » (voir Dalloz 2, 142).

Nous savons, en effet, que certains aliénés sont capables de dissimuler un certain temps leur délire, même très riche et susceptible de provoquer des réactions très graves, et que, d'autre part, un aliéné évadé peut être tenu caché, séquestré au besoin, 15 jours et plus, par des parents ou amis co-délirants, ou incompréhensifs, ayant eu pour but de rendre la réintégration irréalisable.

La question de la *validité du certificat de réintégration* durant 15 jours est donc réglée en pratique, mais il nous paraîtrait préférable qu'elle figurât dans le nouveau projet de loi sur les aliénés. Cette simplicité de la procédure est d'autant plus recommandable que l'interné a toujours la faculté d'invoquer l'article 29 de la loi de 1838 et qu'en cas d'évasion et de réintégration avant quinzaine, le Procureur de la République avisé peut toujours réclamer un certificat détaillé de situation ou interroger lui-même le sujet.

4. — *La quinzaine écoulée, le certificat est périmé.* Sans un nouveau et récent certificat on ne saurait réintégrer l'évadé. Ce n'est pas une raison pour que le Préfet ne puisse, précisément pour avoir ce certificat, faire appréhender et examiner l'évadé, même si aucune plainte n'est formulée contre lui et que son attitude, son comportement, ses réactions ne rendent pas manifeste son état d'aliénation mentale. Sans avoir besoin de faire jouer l'article 19 de la loi de 1838 (mesures provisoires prises par les commissaires de police ou les maires en cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique), le Préfet a toujours le droit d'ordonner, aux termes de l'article 18, le placement d'office de toute personne « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». S'il a des motifs de suspecter un tel état (aliéné évadé, surtout s'il a été certifié dangereux et à réintégrer), il ordonne l'examen du sujet, en l'espèce l'évadé, et pour ce faire son arrestation, quel que soit le temps écoulé depuis l'évasion.

Voici, par exemple, le cas d'un évadé de 1931 :

G. Alcoolisme chronique et perversions sexuelles. Interné à 45 ans le 16 février 1930. Aliéné judiciaire (attentat aux mœurs, récidive ; 3 condamnations antérieures pour le même motif). Evadé de Villejuif le 25 décembre 1931 (la sortie demandée en application de l'article 29 de la loi de 1838 avait été refusée par le Tribunal le 4 décembre).

Rayé des contrôles le 26 décembre. Arrêté le 22 avril 1932, soit près de quatre mois après l'évasion et sans qu'aucune plainte n'ait été portée, envoyé à l'Infirmerie Spéciale le même jour et réintégré le 29. Le placement fut maintenu ultérieurement malgré protestations, supplique, pétition.

Pratiquement donc, lorsqu'un aliéné suspect de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes lui est signalé comme évadé, le Préfet de Police le fait arrêter et envoyer à l'Infirmerie pour être soumis à un examen mental. Si cet examen conclut à la nécessité de la réintégration et que la quinzaine qui suit l'évasion ne soit pas écoulée, l'évadé est réintégré par simple note contenant la copie du certificat. Si la quinzaine est expirée, le Préfet prend un nouvel arrêté d'internement.

Il peut être indiqué d'autre part qu'après réintégration ou réinternement, l'aliéné « évadeur » soit transféré dans un service ou un asile de sûreté. Les récidives d'évasion ne sont pas rares en effet puisque nous comptons dans notre statistique 10 récidivistes sur 46 hommes. A défaut de l'envoi dans un établissement spécial, il y aurait lieu en tout cas de signaler sur le certificat de réinternement ou de transfert les tendances aux fugues et les évasions réalisées de façon à ce que le médecin traitant soit averti des impulsions ou des intentions du malade qui lui est confié et puisse ordonner toutes les mesures nécessaires de surveillance ; nous rappelons à ce sujet la fréquence extrême des évasions dans les tout premiers mois de l'internement ou du transfert d'un asile dans un autre.

5. — Quelle est maintenant la *situation civile* de l'évadé ? Il a été rayé de la population asilaire, mais peut-on le considérer comme « *sorti* » et lui reconnaître tous les droits que la sortie confère au malade, guéri ou non, la récupération notamment de sa capacité suspendue du fait de son internement et pendant la durée de celui-ci ? Nous savons, en effet, que tout malade, non interdit, placé dans un établissement public d'aliénés est automatiquement pourvu d'un administrateur provisoire (art. 31) ; dans un établissement privé, au contraire, l'aliéné non interdit n'est pourvu d'un administrateur que sur demande d'un parent ou provocation d'office du Procureur de la République, et après jugement du tribunal civil du lieu du domicile (art. 32 de la loi de 1838).

Là encore, la loi de 1838 est muette ; elle ignore entièrement l'évadé. Elle se contente de déclarer (article 37) : « Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit

dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus *retenue* », — ce qui laisserait fallacieusement supposer qu'un évadé qui n'est plus, en fait, « retenu » à l'asile récupère automatiquement toute sa capacité. A la vérité, la loi de 1838 est muette sur les évasions parce que le législateur a entendu que l'aliéné évadé doit être considéré comme toujours interné d'office, mais momentanément absent. Il faut un nouvel arrêté préfectoral pour ordonner sa défalcation.

Le projet Dubief comporte au contraire des précisions : art. 61 du projet primitif : « Les pouvoirs de la Commission de surveillance et de l'administrateur provisoire légal, ceux de l'administrateur judiciaire ou datif, cesseront de plein droit dès que la personne placée est sortie définitivement de l'établissement ; ils subsistent pendant les sorties provisoires et, en cas d'*évasion,* jusqu'à l'expiration du délai de 15 jours prévu à l'article 52. »

Cette limitation de 15 jours parut insuffisante et la proposition de loi, discutée en janvier 1907, corrigeait ainsi le dernier membre de phrase (art. 53 du nouveau texte) : « jusqu'à ce que la *sortie définitive* ait été décidée ». Le législateur tenait donc bien à spécifier que l'évadé ne devait pas être considéré comme *sorti* de l'asile et que sa capacité civile ne pouvait lui être pareillement reconnue.

Il est regrettable que le projet Strauss ne soit pas aussi explicite. Le projet de 1924 contient évidemment l'article 50 que l'on retrouve dans le rapport de 1928, ainsi rédigé : « Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés aura *régulièrement* obtenu sa sortie. » Le commentaire ajoute : « cette formule qui n'avait pas trouvé place dans la loi de 1838 a pour but d'exclure les cas d'évasion. ».

Malheureusement, le récent rapport Strauss (1932) corrige ainsi le texte : « ...aura obtenu sa sortie *définitive* ». L'esprit est certainement le même ; nous préférerions cependant une précision sur la situation de l'évadé, le mot définitif s'opposant bien plutôt aux sorties d'essai qu'aux évasions dont le mot n'est même pas prononcé.

Tenant compte de ces divers extraits ou commentaires, nous estimons qu'un malade *évadé* n'est pas un malade *sorti.* La sortie d'un aliéné interné est, en effet, prévue par la loi de 1838 qui considère successivement :

1° la sortie des personnes placées volontairement,
soit par guérison (art. 13),
soit avant guérison (art. 14),
soit tout simplement sur l'ordre du préfet (art. 16) ;

2° la sortie des malades internés d'office,
soit après réception du rapport semestriel (art. 20),
soit dans l'intervalle des rapports semestriels (art. 23) ;
3° la sortie par jugement du Tribunal sur requête à lui adressée (art. 29).

La loi détermine en même temps le protocole de la sortie (déclaration de guérison par le médecin sur le livre de la loi ; requête d'un ayant-droit ; avis spécial adressé au préfet, sous-préfet ou maire ; notification des ordres du préfet au Parquet), les conditions spéciales à remplir s'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, etc...

Les diverses conditions stipulées dans la loi suivant le mode de placement pour que la sortie d'un aliéné interné dans un asile public ou privé puisse être obtenue et réalisée n'étant pas remplies en cas d'évasion, il est parfaitement légal qu'un administrateur provisoire ne se considère pas comme déchargé de ses fonctions et refuse de rendre ses comptes et de se dessaisir des biens qui lui ont été confiés lorsqu'il en est sollicité par un évadé — en situation irrégulière et extra-légale, suspect d'être toujours aliéné et de ce fait en état d'accomplir des actes absurdes susceptibles d'annulation, pour cause de démence. — Lorsqu'un évadé réclame au service de la tutelle de la Préfecture de la Seine la restitution de ce qu'il a en dépôt, il n'est fait droit à sa demande qu'après que la Préfecture de Police a statué sur sa liberté. En cas de consentement, il n'y a d'ailleurs pas à la Seine sortie et défalcation régulières, mais seulement autorisation de demeurer en liberté.

Nous avons vu qu'un évadé de St-Ylie réclamait au directeur de cet asile des effets, objets et papiers régulièrement déposés dans les bureaux de l'établissement lors de l'entrée ; le directeur, à bon droit, refusait de les restituer. Un procès, encore actuellement en cours, fut récemment engagé par un évadé d'une maison de santé, pourvu d'un administrateur judiciaire, qui poursuivait par les voies de droit la restitution de ses biens gérés par cet administrateur. L'évadé arguait de ce qu'il n'était « retenu » à l'asile puisqu'il résidait ailleurs et que le certificat de réintégration rédigé au moment de son évasion étant périmé, il ne pouvait plus être automatiquement réinterné; il se considérait donc comme sorti et libéré des mesures entravant la libre disposition de sa fortune. N'étant pas avisé officiellement de la *sortie* de l'interné, l'administrateur estimait que ses pouvoirs conférés par le Tribunal n'avaient point cessé. Effectivement, le maintien en fonctions de l'administrateur

provisoire a été plusieurs fois contesté dans la Seine ; or, depuis une dizaine d'années, l'autorité judiciaire considère que l'évadé n'étant pas régulièrement sorti, les dispositions de l'article 37 ne lui sont pas applicables.

Le terme de sortie *définitive* qu'utilise le projet Strauss et que l'on trouve déjà dans la loi de 1838 au sujet des 10 ans de l'action en nullité, concernant les actes commis par l'aliéné (art. 39), ne saurait s'appliquer à l'évasion et les avantages de la sortie être reportés à celle-ci.

Une mention spéciale doit être faite pour les évasions des aliénés judiciaires (nous en comptons 22 cas dans notre statistique portant sur une seule année) internés après expertise mentale concluant à l'irresponsabilité du fait de leur état de démence au moment de l'acte. Une ordonnance de non-lieu est rendue et l'inculpé, déchargé de son délit ou de son crime, est envoyé à l'asile. Interné, il s'évade, parfois avec l'aide de parents ou de camarades intéressés à son invasion. Il se tient caché durant la quinzaine qui suit, de façon à laisser périmer le certificat de réintégration.

Suffisamment amélioré par son traitement à l'asile (alcoolique, épileptique, confus curable, paralytique général malarisé, intermittent en période de calme lucide...) il se comporte avec assez de correction pour ne pas attirer sur lui l'attention publique ; il parvient à trouver du travail et reprend sa vie librement. Sur quel texte de loi s'appuyer pour obtenir sa réintégration ? Il ne peut être assimilé à un prisonnier évadé devant purger une peine d'une durée définie. Le temps de son séjour à l'asile n'a pas été spécifié, pas plus qu'il ne saurait être limité ; il dépend uniquement de la guérison du malade et de son innocuité sociale définitivement reconnue, il peut même, suivant les conclusions de tel médecin traitant, inspecteur ou expert, être différemment apprécié, écourté ou allongé.

L'évadé, d'autre part, peut demander à un aliéniste de son choix et obtenir de lui, incomplètement ou faussement documenté, un certificat de sanité mentale qu'il opposerait à celui de l'administration concluant à son réinternement. L'opinion publique se laissera ameuter par la famille et ses avocats, se rangera à leurs côtés pour défendre l'évadé contre les aliénistes officiels « qui voient des fous partout » et sur lesquels on daube toujours volontiers. Et cependant, l'on ne peut laisser en liberté un individu sujet à des impulsions antisociales constituant ce qu'on a appelé « l'état dangereux », en imminence d'accès d'excitation ou de délire pouvant s'accompagner de raptus violents et agressifs.

La Préfecture de Police, d'accord avec le Parquet, estime que tout aliéné judiciaire évadé doit être réintégré, afin de solliciter régulièrement sa sortie de l'autorité administrative ou du Tribunal. Aucun texte légal ne précise ce point ; c'est pourquoi nous pensons qu'il serait désirable de mentionner, dans la nouvelle loi ou dans un décret ayant force de loi, qu'en cas d'évasion d'un malade interné d'office, c'est-à-dire ayant présenté un état d'aliénation mentale de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, l'autorité (préfectorale ou judiciaire) ayant ordonné le placement ait le droit de faire rechercher et appréhender l'évadé, à quelque moment que ce soit, pour le soumettre à l'examen d'experts et décider de le réintégrer ou de le laisser en liberté, en régularisant alors sa sortie. Un régime de « liberté surveillée » est celui qui répondrait le mieux à la situation.

6. — *La responsabilité pénale* d'un évadé, en ce qui concerne les actes commis après son évasion, est soumise aux règles du droit commun. Une expertise médico-légale fixerait sa responsabilité pénale en cas de délit ou de crime : un de nos évadés, recherché mais non retrouvé, fut ainsi arrêté plusieurs mois après pour vol et vagabondage, un autre après cambriolage, un troisième pour voies de fait, un autre encore pour avoir voyagé sans billet... Sa *responsabilité civile* devrait pareillement être soumise à une judicieuse appréciation. L'aliéné interné mais non interdit n'est, en effet, pas un incapable ; ses actes ne sont pas nuls en droit, mais seulement annulables. L'internement (Répertoire pratique Dalloz. Aliénés. 273) entraîne une présomption de démence, mais ce n'est pas une présomption légale ; c'est une simple présomption de fait laissée à l'appréciation des tribunaux. Ces considérations sont *a fortiori* valables pour l'aliéné évadé.

La responsabilité civile de l'aliéné a fait l'objet d'un article spécial dans le projet Strauss, mais sa rédaction diffère sensiblement en 1924 et 1932. Jusque-là, la tendance générale était de dénier à l'aliéné toute responsabilité, aussi bien civile que pénale (1).

(1) Me Kempf, avocat à la Cour, que nous remercions vivement de son obligeance, nous cite un arrêt de la Cour de Toulouse du 3 novembre 1920 qui dit en effet : « le préjudice causé par l'acte d'un aliéné ne saurait pas plus engager sa responsabilité civile que sa responsabilité pénale, l'expression *faute* dont se sert l'article 1382 (Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer) pour en faire la base de la responsabilité d'autrui supposant

Article 54 (1924) : « Les aliénés encourent la responsabilité civile édictée par les articles 1382 et suivants du Code Civil pour les actes commis par eux *en dehors de l'établissement d'internement.*

« Les engagements souscrits par eux dans la même situation pourront être annulés, conformément aux articles 504 et 1108 du Code Civil.

« La responsabilité des personnes qui... ».

Même article (1932). « La mise en sortie d'essai comme la sortie définitive de l'établissement d'internement entraîne présomption de responsabilité civile... »

L'interprétation de cet article apparaît délicate dans le cas d'évasion ; l'on eût préféré un mot le concernant. Le projet Dubief ne l'avait pas négligé (1).

Article 62. « Tous actes faits par l'aliéné, même non interdit, pendant la durée de son internement, sont, comme ceux faits par l'interdit, soumis aux règles des articles 502 et 1125 du Code Civil (2).

« L'action en nullité est soumise aux règles de l'article 1304 du Code Civil.

« Tous actes faits par l'aliéné en dehors de l'établissement public ou privé où il est interné, soit au cas de placement familial, soit au cours de sorties provisoires, ou, *en cas d'évasion,* jusqu'à l'expiration du délai d'un mois prévu..., pourront être déclarés valables si le tribunal apprécie qu'ils ont été faits pendant un moment lucide » (3).

La *responsabilité de l'établissement ou du département* ne saurait, en tout cas, être engagée, à moins naturellement de faute lourde (4). Un arrêt de la Cour de Toulouse (17 novembre 1912) déclare que l'autorité judiciaire est incompétente pour

un fait dépendant de la volonté. L'insensé qui n'a pas de volonté ne saurait être responsable même civilement des faits par lui accomplis dans l'état de démence ».

(1) Proposition de loi de M. P. Dubief, relative au régime des aliénés, déposée au nom de la Commission de la Chambre dans la première séance du 23 décembre 1898.

(2) Art. 502. L'interdiction ou la nomination d'un conseil aura son effet du jour du jugement. Tous actes passés postérieurement par l'interdit, ou sans l'assistance du conseil, seront nuls de droit.

Art. 1125. Le mineur, l'interdit et la femme mariée ne peuvent attaquer, pour cause d'incapacité, leurs engagements, que dans les cas prévus par la loi.

Les personnes capables de s'engager ne peuvent opposer l'incapacité du mineur, de l'interdit ou de la femme mariée, avec qui elles ont contracté.

(3) Cet alinéa a disparu de l'article 54 du projet délibéré en janvier 1907 et adopté par la Chambre des députés.

(4) Cf. Auzouy. — De la responsabilité au sujet des évasions. *Ann. Méd.-psychol.,* 1878, I, p. 352.

connaître d'une action en dommages-intérêts formée contre un département à raison du préjudice causé à des particuliers par un aliéné évadé de l'asile départemental (in Régis. Précis de Psychiatrie).

Les avis cependant sont partagés et les jugements contradictoires (1). Voici ce que déclare le Tribunal Civil de Toulouse le 13 juin 1912 :

« Si on ne saurait faire grief au directeur d'un asile d'aliénés à raison du régime de demi-liberté que comporte le traitement d'une certaine catégorie de malades d'autoriser temporairement leur sortie au dehors, même sans les faire accompagner d'un gardien, c'est que l'examen et le contrôle de l'état du permissionnaire, au moment où cette autorisation est donnée, constitue une garantie de la sécurité qui s'y rattache.

« Toute sortie doit être précédée d'une autorisation. On ne peut admettre par la raison qu'une liberté de mouvements convenait à son cas particulier, qu'un interné ait pu, sans engager la responsabilité de ceux qui avaient la garde et la surveillance de sa personne, s'évader de l'asile en enfonçant une porte, fait qu'il appartient à l'administration de prévoir et de prévenir.

« La responsabilité de l'administration de l'asile et par suite celle du préfet ès-qualité se trouve donc engagée du fait de ce manque de surveillance. »

Et voici ce que ce même Tribunal déclarait, le 15 décembre 1911 :

« Les dispositions de l'article 1384 du Code Civil qui rendent une personne responsable du fait d'un tiers étant fondées sur une présomption légale de faute doivent être interprétées restrictivement.

« Le préposé à la direction d'un asile d'aliénés ne saurait, en cette qualité seule, être déclaré responsable des agissements dommageables causés par un de ses pensionnaires, car il ne figure pas dans l'énumération contenue audit article » (2).

Nous avons vu, d'autre part, rejeter la demande en dommages-intérêts formulée contre le directeur de l'asile par le père d'un évadé non retrouvé et présumé suicidé.

7. — Lorsque — ce qui s'observe assez fréquemment — un évadé demande à *régulariser sa situation,* passé le délai de

(1) Signalés par Me Kempf.
(2) Père et mère, maîtres et commettants, instituteurs et artisans.

quinzaine qui permettrait sa réintégration d'office, le conseil à lui donner est de se soumettre volontairement à un examen psychiatrique à l'issue duquel sa sortie puisse être officiellement demandée au Préfet compétent.

La solution la plus élégante serait son retour à l'asile même d'où il s'est évadé ; le médecin, dans le service de qui il a été en traitement, est évidemment le plus qualifié pour s'assurer de la guérison de son ancien malade ou, à défaut, de la possibilité de le laisser en liberté, sans inconvénients pour l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Elle n'est pas toujours réalisable en raison de l'éloignement de l'évadé au moment de sa demande de régularisation, ou bien de sa suspicion instinctive à l'égard du médecin de l'établissement d'où il s'est évadé. Il peut, en pareil cas, se soumettre, à Paris, à l'examen des médecins de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police ou, en province, à celui des médecins de l'asile du département dans lequel il se trouve.

Il nous est même arrivé, à l'hôpital Henri-Rousselle, d'être prié officiellement de faire connaître à l'administration préfectorale notre avis touchant un évadé d'un asile soit de la Seine, soit d'un autre département. Cette année, nous avons examiné de la sorte quatre évadés, de Hœrdt, Ville-Evrard, Saint-Dizier et Vaucluse. Nous avons conclu deux fois au réinternement, deux fois à la liberté. Dans ce dernier cas, l'autorisation de demeurer en liberté a été accordée, et l'évadé a récupéré aussitôt les droits que lui conférait la sortie normale. Lorsque le réinternement est au contraire effectué, l'évadé réintégré a toujours la possibilité de se pourvoir devant le Tribunal (art. 29 de la loi de 1838) ou de solliciter le bénéfice de l'article 16 (en cas d'internement volontaire) ou de l'article 20 (en cas de placement d'office).

Par contre, le médecin peut se trouver incité à demander le transfert de l'aliéné dans un service ou un asile de sûreté, beaucoup d'évadés étant, nous l'avons vu, des récidivistes en la matière.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

RÈGLEMENT [1]

TITRE PREMIER

SEANCES

ARTICLE PREMIER

Les séances ordinaires de la Société ont lieu le quatrième lundi de chaque mois, de quatre heures à six heures de l'après-midi. Il pourra être tenu des séances extraordinaires sur la proposition du bureau et par décision de la Société.

ART. 2

La périodicité des séances pourra être changée par une décision de la Société, à la majorité absolue des membres présents.

ART. 3

La Société prend chaque année deux mois de vacances, en août et septembre.

(1) Les *Statuts* de la *Société Médico-psychologique*, modifiés par décret du 30 juillet 1932, ont été publiés dans le numéro d'octobre 1932 des *Annales Médico-psychologiques*, pages 332 à 339.

Ce nouveau *Règlement* de la *Société Médico-psychologique* a reçu l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur, le 21 février 1933.

TITRE II

FONCTIONS DU BUREAU

ART. 4

Le Président, et à son défaut le vice-Président, préside les séances, proclame les décisions de la Société et les noms des membres élus ; il nomme, sur la désignation du Bureau, les commissions chargées des rapports et des travaux scientifiques.

ART. 5

En l'absence du Président et du vice-Président, le plus ancien membre titulaire préside la séance.

ART. 6

Le Secrétaire général reçoit, dépouille et rédige la correspondance. Il prépare l'ordre du jour des séances, de concert avec le Président. Il a la parole immédiatement après l'adoption du procès-verbal pour communiquer à la Société les pièces de la correspondance. Il est chargé de surveiller la rédaction du *Bulletin* des séances. Il fait partie de droit du Comité de publication, et tous les travaux destinés à ce Comité sont d'abord déposés entre ses mains. En cas d'absence, il est remplacé par l'un des secrétaires des séances.

ART. 7

Les secrétaires sont chargés de la rédaction et de la publication des procès-verbaux.

ART. 8

Le trésorier-archiviste est le percepteur et le dépositaire des fonds de la Société. Il est chargé de la perception des recettes en capitaux et revenus : cotisations, subventions, dons et legs ; rentes et intérêts, remboursement de titres amortis et toutes autres sommes ; du paiement des dépenses. Il tient toutes les écritures relatives à la comptabilité et solde les frais de publication. Il rend compte chaque année de sa gestion à une commission spéciale, dans la seconde quinzaine de décembre. Il est, en outre, spécialement commis à la conservation des archives et des collections. Il est chargé de dresser un catalogue

des livres et des manuscrits dont il est le dépositaire, qu'il doit soumettre chaque année à la signature du Président et du Secrétaire général. — Le trésorier-archiviste doit tenir un registre où sont inscrits tous les noms des membres titulaires, honoraires, correspondants et associés étrangers, avec la date de leur nomination.

ART. 9

Les questions administratives, personnelles, réglementaires et, en général, toutes les questions qui ne sont pas purement scientifiques, sont examinées et résolues par le Conseil d'administration. Les décisions doivent être communiquées à la Société, qui peut les modifier, après délibération dans une de ses séances.

TITRE III

RECETTES ET DEPENSES

ART. 10

Les membres titulaires et les membres correspondants nationaux, en échange de leur cotisation fixée par l'article 3 des statuts à cent cinquante francs au moins pour les membres titulaires et à cent dix francs au moins pour les membres correspondants nationaux, reçoivent gratuitement un abonnement aux *Annales Médico-psychologiques* dans lesquelles est publié le *Bulletin* de la Société.

La cotisation des membres honoraires est facultative et fixée à cent cinquante francs. Lorsque, sur leur demande, ils versent cette cotisation, ils continuent comme les membres titulaires à recevoir le *Bulletin* de la Société.

ART. 11

Tout membre qui aura laissé s'écouler l'année sans acquitter le montant de sa cotisation sera averti une première fois par le Trésorier, et trois mois après par le Président ; si ces avertissements restent sans effet, il sera considéré comme démissionnaire à partir du 1er janvier suivant, sa cotisation jusqu'à cette date devant être réglée à la Société.

ART. 12

Les frais d'administration sont réglés par le Bureau et acquittés par le Trésorier sur le visa du Secrétaire général.

TITRE IV

DES PUBLICATIONS

Art. 13

La Société publie le bulletin de ses travaux dans les *Annales Médico-psychologiques.*

Les frais de publication sont réglés par une convention conclue entre la Société et le Directeur des *Annales.*

Art. 14

Tous les manuscrits lus ou communiqués à la Société, et tous les rapports scientifiques, sont renvoyés au Secrétaire général.

Art. 15

Les mémoires, les communications et les rapports doivent être déposés sur le bureau immédiatement après leur lecture et ne doivent contenir aucune addition, aucune modification au texte lu en séance.

Art. 16

Le *Bulletin* des séances est publié par les Secrétaires, de concert avec le Secrétaire général, et se compose de tous les travaux renvoyés à celui-ci pour y paraître soit textuellement, soit en extraits ou en analyses.

Art. 17

Le Comité de publication se compose des membres du bureau de la Société.

Art. 18

Ce Comité surveille la publication du *Bulletin* de la Société. Il s'entend, s'il y a lieu, avec les auteurs pour les modifications, les coupures et les suppressions qui lui paraissent opportunes, ou pour la rédaction qu'il juge utile de publier à la place des mémoires primitifs. Les droits du Comité sont absolus et ses décisions sans appel.

ART. 19

Tous les manuscrits lus ou adressés à la Société deviennent sa propriété, et ceux qui ne sont pas publiés textuellement doivent être déposés aux archives avec les formes officielles destinées à en fixer exactement la date. Les manuscrits émanant de personnes étrangères à la Société ne peuvent, en aucun cas, être repris par les auteurs ; ceux-ci toutefois ont le droit d'en faire prendre copie aux archives.

ART. 20

Tout manuscrit émanant d'un membre de la Société, qui ne serait pas publié dans le délai de quatre mois, ou dont il n'aurait été publié qu'un extrait, sera rendu à l'auteur sur sa demande.

TITRE V

COMMISSIONS ET RAPPORTS SCIENTIFIQUES

ART. 21

Quoique les commissions ordinaires ne se composent que de trois membres, on peut, si on le juge utile, adjoindre un ou deux membres de plus à certaines commissions.

ART. 22

Les ouvrages imprimés, adressés à la Société, sont renvoyés à une commission, si les auteurs en font la demande ; dans le cas contraire, le renvoi à une commission est facultatif, et le président peut ne désigner qu'un seul commissaire.

ART. 23

Les commissaires en retard seront avertis, tous les trois mois, par le président, en séance publique ; et le président, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

TITRE VI

ORDRE ET REGIME DES SEANCES

Art. 24

L'ordre du jour est réglé par le Secrétaire général, de concert avec le Président ; mais, en cas d'urgence, la Société peut modifier cet ordre du jour.

Art. 25

Les travaux se succèdent dans l'ordre suivant : lecture du procès-verbal, correspondance, rapports, élections, mémoires et communications.

Art. 26

Les personnes étrangères à la Société peuvent être autorisées à faire une lecture ou une communication orale ; mais la parole ne peut leur être accordée dans une discussion que sur la proposition de trois membres.

Art. 27

Les personnes étrangères à la Société, ne pouvant obtenir la parole. sur la rédaction du procès-verbal, seront toujours invitées à résumer elles-mêmes par écrit leurs communications orales, et à remettre, dans un délai de deux jours, leurs notes au Secrétaire. Si elles ne répondent pas à cette invitation, elles ne seront admises à élever aucune réclamation sur la manière dont le Secrétaire aura rendu, dans son procès-verbal, leurs paroles ou leurs opinions.

Art. 28

Lorsqu'une lecture ou une communication est renvoyée à une commission, la discussion ne peut s'ouvrir immédiatement ; elle est remise jusqu'au jour du rapport.

Art. 29

Les lectures et communications des membres de la Société peuvent être discutées immédiatement, ainsi que les rapports. Lorsqu'il y a des conclusions à voter, le rapporteur a le droit de prendre le dernier la parole.

ART. 30

La parole est accordée, dans le cours d'une discussion, à tout membre qui la demande pour rétablir la question, pour proposer la clôture ou l'ordre du jour, ou pour un fait personnel.

ART. 31

Le Président rappelle à l'ordre quiconque dépasse les limites des discussions scientifiques, et à la question tout orateur qui s'éloigne de l'objet de la discussion.

ART. 32

La Société peut se former en Comité secret ; mais sauf le cas d'urgence absolue, le Comité secret sera annoncé immédiatement après la lecture du procès-verbal de la séance du jour.

Les décisions y sont prises à la majorité absolue des votants, quel que soit le nombre des membres qui prennent part au vote.

Les Comités secrets peuvent être provoqués de deux manières : 1° par le Président au nom du Bureau ; 2° sur la proposition écrite et motivée de cinq membres de la Société.

ART. 33

La Société peut exprimer un blâme contre un de ses membres, et même prononcer son exclusion. Ces mesures disciplinaires ne peuvent jamais être infligées que sur le rapport du Conseil d'Administration, sauf recours à l'Assemblée générale, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications. L'exclusion est prononcée à la majorité des deux tiers des membres titulaires et titulaires honoraires présents dûment convoqués : elle est irrévocable.

TITRE VII

ELECTION DU BUREAU ET DU COMITE DE PUBLICATION

ART. 34

La Société renouvelle son Bureau dans la dernière séance de décembre par voie d'élection, conformément à l'art. 5 des statuts. Le nouveau Bureau entre en fonctions dans la première séance de janvier.

ART. 35

Les élections du Bureau ont lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des votants. Les membres titulaires et les membres titulaires honoraires sont seuls admis à voter.

ART. 36

Les candidats qui obtiennent la majorité absolue des suffrages exprimés sont déclarés élus. Les bulletins blancs sont annulés. Il est immédiatement procédé à un scrutin de ballottage, s'il n'y a pas eu de majorité absolue. En cas de partage, le plus âgé des deux candidats est nommé.

ART. 37

Toutes les fonctions sont annuelles. Le Président sortant ne peut être appelé à la vice-présidence qu'après un intervalle de deux ans. Le vice-Président succède de plein droit au Président.

Les autres membres du Bureau peuvent être indéfiniment réélus.

TITRE VIII

REVISION DU REGLEMENT

ART. 38

Aucune proposition de modification au présent règlement ne peut être mise en délibération que sur une demande signée, au commencement de l'année, par le quart, au moins, des membres titulaires et titulaires honoraires.

Si la proposition est prise en considération, elle est renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres, nommés au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages. Le rapport de la commission doit être fait dans une assemblée extraordinaire convoquée à cet effet, et les modifications proposées ne peuvent être adoptées qu'au scrutin secret et à la majorité absolue des deux tiers des membres présents.

Vu et approuvé :

Paris, le 21 février 1933.

Le Ministre de l'Intérieur,

C. CHAUTEMPS.

Séance du Jeudi 9 Mars 1933

Présidence : MM. Georges DUMAS, président

et Roger MIGNOT, vice-président

PRÉSENTATIONS

Port illégal d'uniforme militaire par un débile, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LAPLANE.

L'observation, que nous relatons, présente, en dehors de son caractère pittoresque, un aspect médico-légal intéressant.

Le 3 décembre 1932, R..., André, flânait dans le hall de la gare d'Orsay, vêtu d'un uniforme de sergent d'infanterie coloniale, lorsqu'il fut appréhendé par un sous-officier du service de garde, parce que sa tenue n'était pas réglementaire : il n'avait pas de ceinturon, son col ne portait pas d'écusson, et son imperméable était de fantaisie. Interrogé, il avoua sans peine qu'il était en réalité employé au P. L. M., n'avait nullement le droit d'être en uniforme militaire, et que celui qu'il portait, avait été acheté par lui, la semaine précédente, d'occasion.

R... fut aussitôt inculpé de port illégal d'uniforme, et envoyé à la prison de la Santé. Après examen par un médecin aliéniste, qui avait conclu à la responsabilité atténuée, il passa en correctionnelle au bout d'un mois et fut condamné à un mois de prison avec sursis.

Ce fait divers serait assez banal en soi ; mais il est intéressant d'étudier le mécanisme psychologique, dont il procède.

R... avait été fiancé en 1929 avec une jeune fille, qui avait d'ailleurs rompu au bout de quelques mois, mais il en était resté très épris et ne cessait de penser à elle. Il allait même parfois l'attendre à la sortie du bureau, dans lequel elle travaillait, se rendant bien compte, du reste, qu'il avait tort de le faire et que cela ne pouvait que déplaire à son ex-fiancée. Il vivait ainsi, tiraillé entre son envie de la revoir et son désir de ne pas lui déplaire, lorsque, au mois d'août 1932 il alla demander consultation à une cartomancienne de foire, qui lui inspira la plus entière confiance et lui promit d'utiliser en sa faveur son pouvoir mystérieux.

Mais, trois mois après, les choses en étaient toujours au même point et R... sentait qu'il n'aurait bientôt plus la force de résister à son désir de revoir son ancienne fiancée. C'est alors qu'il conçut l'idée bizarre d'acheter chez un fripier un uniforme militaire : il savait que le seul fait d'apparaître devant sa belle dans ce costume d'emprunt le rendrait ridicule à jamais à ses yeux, et il espérait trouver dans cette peur du ridicule la force de résistance que sa propre volonté était insuffisante à lui donner : il envisageait donc cela comme une sorte de sauvegarde, de moyen de défense contre lui-même.

C'est ainsi qu'après avoir réfléchi plusieurs jours, il acheta 80 fr. un uniforme, qu'il avait remarqué à la devanture d'un fripier, et s'en affubla quelques jours après. Du reste, il ne le porta pas longtemps, puisque le même jour, il était arrêté.

Il s'agit donc d'un acte essentiellement illogique, incompréhensible : et l'intéressé lui-même, qui en témoigne un repentir sincère, avoue ne plus comprendre maintenant le raisonnement qui a pu le conduire dans son accomplissement.

On pourrait penser au premier abord que nous sommes en présence d'une manifestation initiale de paralysie générale, mais l'examen neuro-psychiatrique du malade ne permet pas d'adopter cette hypothèse et d'ailleurs la ponction lombaire a fourni un liquide absolument normal.

On ne peut invoquer non plus l'alcoolisme : la sobriété habituelle de ce malade est indiscutable et il ne semble s'être livré ce jour-là ou les jours précédents à aucun excès de boisson.

On ne peut parler davantage d'impulsion survenant chez un obsédé pour un acte, dont l'élaboration a été progressive, mûrie en plusieurs jours, préméditée.

Reste une hypothèse et, lorsqu'on interroge le malade, c'est elle qui semble devoir être adoptée ; c'est celle de débilité mentale. R... est un garçon doux, soumis et appliqué. Mais son développement intellectuel est assez médiocre. A l'école, il a toujours été dans les derniers de sa classe, malgré son assiduité au travail ; il n'est arrivé au certificat d'études que tardivement et avec peine. Il est nettement d'une intelligence au dessous de la moyenne.

Il est intéressant de noter du reste que cet homme, qui est conducteur de train au P.-L.-M., est considéré par tous ses chefs comme un bon employé et lorsqu'on l'interroge sur les détails de son métier, il témoigne une satisfaction évidente à donner des précisions techniques, exactes du reste.

M. Courbon. — Cette aventure niaise d'un sujet qui, ainsi que l'ont bien montré les auteurs n'est pas un paralytique général, est

très intéressante. Ce port illégal d'uniforme ne peut pas être interprété comme un moyen de défense contre la tentation obsédante d'aller voir la jeune fille, puisqu'on ne trouve aucun signe de constitution psychasthénique. Il s'agit donc bien, comme le dit le professeur M. Laignel-Lavastine, d'une réaction de débile mental, vraisemblablement sous l'influence d'une excitation étrangère, peut-être sous celle d'un léger excès de boisson.

Syndrome catatonique accompagné de contractures bilatérales au niveau des membres supérieurs. Traitement orthopédique ; amélioration, par MM. R. LEROY et P. RUBENOVITCH.

KRÆPELIN, le premier (*Psychiatrie,* 7e éd. 1904), a décrit le phénomène des contractures siégeant au niveau du membre supérieur, et qu'on observe surtout à la période terminale de la démence précoce catatonique. En France, A. CULLERRE en a publié plusieurs cas fort intéressants (Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. — *Congrès de Pau,* 1904). La question a été reprise depuis par R. Cullerre (*Thèse de Paris,* Jouve, 1908) et Ch.-L. TREPSAT (Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. *Encéphale,* n° 2, février 1910).

Ce phénomène est rencontré — rarement — à titre de symptôme épisodique, transitoire, dans certains états mélancoliques ou certains cas de confusion mentale — mais on l'a surtout signalé dans des cas de démence catatonique avérée où Ch.-L. TREPSAT en fait un symptôme permanent et spécifique de la chronicité de l'affection mentale.

Le malade que nous vous présentons nous permet, croyons-nous, de faire à ce point de vue, quelques remarques intéressantes. Voici, fort résumée, son observation :

Mme Fav., professeur de piano, née le 26 mai 1877, internée à Sainte-Anne le 21 juin 1930 à 53 ans, venant de l'Hôpital Psychiatrique Henri-Rousselle avec le certificat suivant : « *Dépression mélancolique. Tristesse. Craintes immotivées. Inquiétude. Anxiété par intervalles. Apathie et inertie.* » (Vurpas).

Certificat de quinzaine : « *Dépression psychique, inquiétude, pas d'idées d'auto-accusation, quelques idées de persécution par interprétation. Réactions humorales négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.* » (Leroy).

Début de l'affection. — D'après sa famille, les premiers troubles remonteraient à quelques mois avant son hospitalisation. Capacités

scolaires moyennes : avait échoué au brevet simple, avait manifesté des facilités pour la musique. Menait une vie précaire, mal assurée, sous-alimentée. Depuis quelques mois, de plus en plus nerveuse, triste, préoccupée par l'avenir. N'avait jamais paru bizarre auparavant, élevant seule son fils âgé de 18 ans, son mari ayant été tué à la guerre. S'était assez soudainement cru persécutée, n'arrivait plus à remplir ses obligations, « perdait pied ».

A son entrée dans le service, en juin 1930, présentait un tableau de dépression atypique avec aspect légèrement discordant. Aucune concentration mélancolique. Se levait régulièrement, causait, allait parfois au piano. Conscience d'un état pathologique : « J'ai la tête fatiguée ; j'ai un peu la manie de la persécution. » Peu à peu apparaissent une fatigabilité croissante de l'attention, une tendance au parler « petit nègre » et une sorte de vague syndrome d'influence : « Cet hiver, je ne me sentais plus libre, pas maîtresse de moi-même. »

L'examen somatique ne révélait rien d'anormal, non plus que l'examen neurologique. L'état général était bon.

Evolution. — Peu à peu, par degrés insensibles, la malade devient de plus en plus inerte et apathique, allant au piano de plus en plus rarement. Sourit d'un air lointain, paraît absente, ne répond par monosyllabes que si on l'interroge avec insistance. Ne parle jamais plus spontanément. En mai 1931, resterait confinée au lit, si on ne la forçait à se lever. La mémoire est cependant conservée : c'est ainsi qu'elle reconnaît l'un de nous qu'elle n'avait pas revu depuis son entrée à Henri-Rousselle en février 1930, et lui dit bonjour normalement. La malade finit par présenter un tableau d'opposition, de négativisme avec mutisme presque complet. Si on la stimule avec énergie, elle finit par répondre par quelques monosyllabes, à voix très basse, chuchotée, et d'un air excédé. Cependant, ne gâte pas et s'alimente convenablement.

Apparition de gestes stéréotypés. — C'est alors, en février 1932, qu'apparut un geste stéréotypé : la malade se gratte la nuque, tantôt d'une main, tantôt de l'autre, avec tant de violence qu'elle se fait des plaies assez profondes, et qui s'infectent. On est obligé alors de lui fixer les mains aux barreaux du lit, puis de lui passer le maillot. De plus en plus opposante, si on veut la faire lever, se met dans une colère violente et injurie les infirmières d'une voix retentissante. Sitôt sa colère tombée, on n'obtient d'elle que quelques monosyllabes chuchotés. Au bout de quelques jours de maillot, refuse obstinément de se servir de ses mains, mais se laisse facilement alimenter. Si on ne la fait pas manger, ne fait pas un geste pour prendre les aliments, mais manifeste une violente colère.

Apparition des contractures. — En septembre 1931, la malade paraissant abandonner son geste stéréotypé, on lui enlève le maillot qu'elle a gardé pendant 7 mois. On s'aperçoit alors qu'elle ne se sert absolument plus de ses mains et que les doigts restent en flexion

continuelle. *A droite*, les quatre derniers doigts sont entièrement fléchis dans la paume de la main, le pouce recouvrant en dehors la première phalange de l'index. *A gauche*, l'index et l'auriculaire ont leurs deux premières phalanges fléchies, les troisièmes en extension. Il est impossible à la malade d'ouvrir les mains. A droite, on ne peut non plus parvenir à défléchir les doigts passivement. A gauche, l'index et l'auriculaire se défléchissent, et encore, sous un angle très restreint. Les ongles ont fini, par leur pression continue, par déterminer des empreintes profondes dans la peau de la paume, qui se trouve ulcérée.

L'état général est excellent, la malade ne gâte pas, se laisse alimenter, et présente une inertie et un mutisme complets. Cependant, sa mimique et quelques réponses qu'on parvient à lui arracher semblent montrer qu'elle est parfaitement lucide et présente.

Réduction des contractures. — En juillet 1932, la contracture des fléchisseurs est telle que les infirmières ne parviennent plus à nettoyer les paumes qui s'ulcèrent, s'infectent et dégagent une odeur repoussante. On décide alors d'essayer de réduire les contractures sous narcose. La malade est chloroformée. La résolution musculaire étant complète, on parvient à défléchir presque complètement les doigts, exceptés l'annulaire et l'auriculaire de la main droite, qui restent en demi-flexion. Les mains sont alors solidement fixées à plat, chacune sur une petite planchette, au moyen de bandes de Velpeau et de coton cardé. La malade conserve ces planchettes jusqu'en octobre 1932, c'est-à-dire pendant deux mois et demi environ, les enroulements et le nettoyage des mains étant renouvelés tous les deux ou trois jours (1). Signalons l'apparition, au niveau des jointures, d'hématomes produits par la déchirure des tendons contracturés. Ces hématomes rétrocédèrent rapidement.

Lors de la suppression des planchettes, les doigts restent en extension forcée comme lorsqu'ils étaient fixés. Peu à peu, la malade s'habitue à s'en passer, et, depuis quatre mois, les doigts sont restés tels qu'ils sont à l'heure actuelle.

Etat actuel des mains. — *Main gauche :* l'index et le pouce sont normaux. Le médius et l'annulaire présentent une flexion de la troisième phalange et une hyperextension des deux autres phalanges. L'auriculaire présente une flexion des trois phalanges. *Main droite :* l'auriculaire et l'annulaire ont leurs trois phalanges fléchies. En outre, les deux doigts sont restés fixés en adduction forcée. L'index et le médius ont leur troisième phalange fléchie et leur première phalange en extension. Le pouce est en flexion.

Aux deux mains, il existe une légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que des interosseux. Mais, bien

(1) Nous remercions ici le professeur Mauclaire qui opéra la réduction et Coulloudon qui nous aida grandement à réaliser une narcose difficile.

que les contractures soient plus accusées du côté droit, les mensurations indiquent des chiffres équivalents des deux côtés.

Résultat fonctionnel. — D'autre part, non seulement la déflexion passive est devenue beaucoup plus facile, mais la malade exécute des mouvements spontanés d'extension et de flexion des doigts. Elle se sert de sa main gauche, et s'alimente elle-même en tenant sa cuiller normalement de la main gauche, et son assiette de la main droite.

Elle fait elle-même sa toilette en utilisant les deux mains.

L'amélioration fonctionnelle obtenue par l'extension forcée sur les planchettes est donc manifeste.

Etat mental actuel. — La malade est un peu moins inerte, puisqu'elle s'alimente et fait sa toilette elle-même. Mais elle resterait couchée si on ne la forçait pas à se lever. Elle paraît s'intéresser vivement à ce qui se passe autour d'elle, suit des yeux les visiteurs, parfois même leur sourit. Réclame qu'on s'occupe d'elle. Si on l'interroge avec insistance, on obtient quelques réponses exactes, adaptées, mais émises à voix chuchotée. L'attention est vite lassée, et bientôt la malade ne répond plus, ou murmure : « Je ne comprends rien à votre comédie... je veux rester couchée... qu'on me laisse tranquille... » La mémoire paraît conservée. Si on lui demande pourquoi elle ne fait plus de piano, elle rit et montre ses mains déformées. Ne se plaint jamais de leur état. Ce qu'elle redoute avant tout, c'est qu'on l'oblige à sortir. Demande à finir ses jours à l'asile.

En résumé, il s'agit d'un cas de contracture bilatérale des muscles fléchisseurs des doigts que le syndrome mental du sujet nous permet de considérer comme contracture catatonique. Cette dernière rappelle en somme le phénomène décrit par DÉJERINE sous le nom de *main de fakir,* dans l'hémiplégie organique. (En réalité, c'est bien plutôt les contractures catatoniques qu'on devrait rapprocher de celles des fanatiques de l'Inde, car chez eux comme chez notre malade, il ne peut s'agir d'une contracture organique, c'est-à-dire déterminée par une lésion localisée).

Comme le montre l'histoire de notre sujet, elles sont consécutives à une attitude stéréotypée (peut-être provoquée par l'imposition du maillot), comme chez les véritables fakirs, et s'accompagnent, comme chez eux encore, d'une amyotrophie plus ou moins considérable. Nous ne dirons rien de la pathogénie du phénomène, qui nous semble, comme pour Ch.-L. TREPSAT, une simple manifestation automatique, inconsciente, du négativisme présenté d'une façon évidente par le sujet. C'est ce qui le distingue du même phénomène observé chez certains hystériques. Quant au fait que la contracture s'est faite en flexion, nous l'expliquerons par la prédominance d'action des muscles fléchisseurs sur les

extenseurs, signalée par Déjerine. (*Traité de pathologie générale de Bouchard. Sémeiologie du système nerveux*).

Cela dit, il nous semble que cette observation nous amène à des conclusions assez différentes de celles formulées par Ch.-L. Trepsat. Pour cet auteur, en effet, trois points importants sont mis en évidence par l'étude de ce phénomène : 1° il doit être considéré comme un signe de chronicité qui « ne rétrocède jamais » ; 2° on ne le rencontre que chez les sujets atteints depuis un temps déjà considérable ; 3° il n'apparaît que lorsque l'affaiblissement intellectuel est fort prononcé.

Or, notre observation paraît contredire ces conclusions, puisque les contractures ont pu rétrocéder par le traitement, qu'elles ont apparu relativement près du début de l'affection, et, qu'enfin, l'affaiblissement intellectuel ne paraît pas profond.

Signalons enfin, pour terminer, la rareté d'un syndrome catatonique survenu chez une femme de plus de 50 ans, absolument indemne jusqu'alors de toute manifestation psychopathique *apparente*, et que l'évolution présentée nous oblige à classer dans le cadre de la « démence précoce », ou de la « schizophrénie tardive ».

M. Capgras. — J'ai vu une jeune fille diagnostiquée démente précoce à cause de divers symptômes catatoniques, notamment celui de la persévération de l'attitude des doigts d'une main en extension, attitude qui fut immuable pendant les 6 mois passés par elle dans mon service. A ce moment, sa famille la reprit, parce que mentalement améliorée, quoique toujours très déprimée. Un mois après, elle rentrait de nouveau à l'asile avec disparition complète de la raideur de la main dont les doigts étaient redevenus normalement mobiles et souples ; mais cette fois, la dépression était remplacée par de l'agitation et de l'euphorie. A l'heure actuelle, c'est une maniaque chronique dont la main n'a plus rien d'anormal. C'est donc la preuve de la nature pithiatique et non organique de la mauvaise attitude de cette main.

M. Marchand. — Les cas d'attitudes vicieuses des membres, surtout des extrémités des membres supérieurs ne sont pas rares chez les déments précoces. Le plus souvent, il s'agit d'attitudes en flexion intéressant les trois derniers doigts, le pouce et l'index conservant leur motilité normale. Je ne crois pas qu'il s'agisse de contracture mais d'attitudes vicieuses, soit antalgiques, soit dues à une longue immobilité et je base mon interprétation sur les faits suivants.

Nous avons observé avec M. Mignot (1) un dément précoce qui, à l'âge de 42 ans, après une période de stupeur catatonique, présenta une attitude stéréotypée du membre supérieur gauche ; l'avant-bras était fléchi sur le bras, la main en pronation, les doigts fléchis dans la paume de la main. Ce malade garda cette attitude pendant 26 ans, sans permettre la moindre mobilisation qui était très douloureuse. Il mourut à l'âge de 68 ans, l'examen histologique ne décéla aucune lésion dans l'encéphale, aucune dégénérescence fasciculaire dans la protubérance, le bulbe et la moelle, aucune altération des cellules des cornes antérieures de la moelle cervicale du côté paralysé, aucune lésion névritique du médian et du cubital gauches. Seuls, les muscles du membre supérieur gauche présentaient les lésions décrites dans l'atrophie simple.

Le second cas que je vais résumer est aussi caractéristique. Une jeune femme présente un état de stupeur pendant lequel elle reste absolument inerte. Elle guérit au bout de plusieurs mois. Il lui est impossible alors d'étendre les doigts aussi bien ceux de la main gauche que ceux de la main droite. Debout, elle ne peut poser ses pieds à plat sur le sol à cause d'une attitude en équinisme en rapport avec un raccourcissement des muscles postérieurs des jambes. Elle est obligée de marcher sur la pointe des pieds. L'attitude vicieuse des pieds disparut rapidement. Il n'en fut pas de même de celle des doigts. Ce n'est qu'à force de mécanothérapie et d'extension progressive des doigts sur une planchette que cette femme put recouvrer complètement l'usage de ses mains. Il persiste encore actuellement à la main gauche une limitation de l'extension de la deuxième phalange du médius.

Ces attitudes vicieuses, qui ne surviennent que chez des prédisposés, sont en rapport avec des altérations articulaires, tendineuses, des modifications dans le tissu musculaire. Elle ne s'accompagnent d'aucun symptôme neurologique d'organicité et on ne constate pas les réactions électriques de dégénérescence. Si on veut réduire ces attitudes sous narcose, il faut employer une certaine force pour vaincre les déformations articulaires et tendineuses. Le fait même que ces attitudes vicieuses peuvent disparaître par la mécanothérapie, si le sujet guérit de sa psychose, montre bien qu'elles ne sont pas dues à une lésion du système nerveux.

Il ne faut pas confondre ces attitudes avec les paralysies des extrémités qui sont symptomatiques d'une syringomyélie et dont plusieurs exemples ont été observés chez des déments précoces.

(1) *Soc. Anat.*, 10 novembre 1923.

M. René CHARPENTIER. — Les lésions diverses telles que pseudo-ankyloses, adhérences, équinisme, etc., que l'on rencontre à la suite d'attitudes vicieuses psychopathiques ou imposées par l'emploi de moyens de contention sont analogues à celles que l'on observe, après immobilisation thérapeutique en mauvaise position ou trop prolongée, dans une gouttière par exemple, pour phlébite ou fracture. Elles comportent le même pronostic et le même traitement. En dehors d'une lésion locale inflammatoire, le pronostic n'en est aggravé dans certains cas que par la difficulté d'appliquer le traitement.

M. COURBON. — La conservation par un catatonique d'une attitude de contraction pendant des mois et même des années, réalise parfois le fameux « syndrome d'immobilisation » qui, en neurologie de guerre fit partie des troubles nerveux réflexes séparés de l'hystérie par Babinski et Froment.

L'application d'un plâtre sur un membre blessé, opportune quand elle avait été ordonnée par un chirurgien pour fracture, mais inopportune quand elle avait été ordonnée par un incompétent pour simple transfixion des muscles, fut très fréquente pendant la guerre. Et très fréquemment, la compression exercée par un plâtre trop serré déterminait des œdèmes et des troubles vasculaires. Or, l'enlèvement de ces plâtres constricteurs permit de classer les blessés en deux catégories : la plus nombreuse fut celle des individus qui en quelques heures ou très peu de jours recouvraient la souplesse, la mobilité, et le volume normaux du membre ; la moins nombreuse fut celle des individus qui, pendant des mois ou même définitivement, conservaient des ankyloses ou tout au moins des raideurs par adhérences fibreuses. Ceux-ci présentaient le « syndrome d'immobilisation », leur membre continuant à garder l'attitude dans laquelle le plâtre l'avait immobilisé.

Ce qui distingue les deux catégories de blessés, c'est le processus de la cicatrisation, processus qui est fonction de l'état biologique sous-jacent. La même plaie chez deux individus donne une cicatrice insignifiante et rapidement disparue chez l'un, alors qu'elle donne une cicatrice énorme et indélébile chez l'autre. Tout le monde ne fait pas de chéloïdes. Certaines races en font très facilement. Les nègres les provoquent dans un but esthétique sur leur visage. J'ai vu des tirailleurs sénégalais dont le corps présentait des chéloïdes au niveau des points de contact avec les boutons, les bretelles et le ceinturon.

Pour conclure, la différence de leur tempérament explique que la conservation de la même attitude contractée, lorsqu'elle gêne

la circulation, détermine à la longue des rétractions fibreuses chez tel malade mental et n'en détermine pas chez tel autre.

M. Roger MIGNOT. — J'ai vu, chez une persécutée hallucinée, une contracture de la main droite durer des années, contracture que l'on ne pouvait essayer de réduire sans provoquer de vives douleurs et qui peu à peu céda et disparut sous l'effet du massage et de l'exercice musculaire. Dans la genèse de ces troubles périphériques, un rôle très important revient à la constriction exercée par les moyens de contention ou les vêtements : camisole, liens, manchon.

Syndrome frontal par extension cérébrale d'un épithélioma nasal, par MM. A. COURTOIS, J.-O. TRELLES, H. LAGARDE et M. ALTMAN.

C'est une observation clinique nouvelle apportée en contribution à l'étude des troubles mentaux réalisant le « syndrome frontal » que nous présentons aujourd'hui.

M. Ch. Jean, 59 ans, menuisier, entré le 23 décembre 1932 au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle.

Rien de notable à retenir dans ses antécédents héréditaires ou personnels lointains. Il est sobre et n'a pas présenté de maladies graves.

Il y a 4 ans, serait tombé d'une échelle d'une hauteur de 4 m. environ. On aurait alors constaté une fracture vertébrale sans déplacement. C'est vers le même moment que Ch. se plaignit d'obstruction nasale et présenta d'abondants épistaxis. On le traita à Saint-Joseph pour « polypose » nasale (intervention chirurgicale, puis radiumthérapie depuis deux ans).

Les troubles mentaux interdisant tout travail sont apparus au début de l'année 1932. Confusion mentale, ne savait plus où il était, voulait toujours partir. Il riait et criait sans motif. Cet état restait cependant compatible avec la vie familiale.

En novembre 1932, nouveaux symptômes : cécité rapide de l'œil droit, puis un mois après de l'œil gauche, qui devint complète en 3 jours. L'état mental s'aggrave alors rapidement : accuse l'entourage de le séquestrer, essais de fuite, violences. C'est alors qu'il entra dans le service.

Depuis l'admission (23 décembre), les troubles mentaux ne se sont guère modifiés, consistant spécialement en un syndrome confusionnel avec désorientation et fabulation.

Ch. ne sait pas où il se trouve, ni depuis quand il est dans le service. Se croit chez lui ou affirme être en Espagne l'instant d'après. Il ne peut donner la date de sa naissance ni de son mariage. Il a oublié

les dates et les épisodes importants de la guerre. Par contre, l'enregistrement des faits récents n'est pas nul comme on pourrait s'y attendre. Le malade reste au courant de certains faits de la vie politique, nous parle de la guerre de Chine « qui n'est pas près d'être finie » ; mais il est incapable de préciser l'emploi de son temps, oublie d'un jour à l'autre qu'il a été conduit à la Salpêtrière, ne peut indiquer le menu du repas précédent. L'inattention rend d'ailleurs difficile l'interprétation de certaines réponses et l'évaluation d'un déficit réel, les résultats de l'investigation mnésique variant d'un jour, quelquefois d'une heure à l'autre. D'autre part, le malade se fatigue très rapidement, il ne fait plus effort et répond de façon systématique qu'il a tout oublié, aussi chaque examen doit être très court et parcellaire. De plus, une fabulation assez riche vient constamment au travers de l'interrogatoire. Promenades dans Paris, visites à des clients « un peu plus loin que la rue de Rivoli ». Noce récente, mais il a dû rester à l'office ayant oublié son habit. Ou bien c'est une histoire de meurtre ou d'accident extraordinaire. « J'étais là hier soir avec le camarade qui est toujours vers moi ; ils étaient debout sur le pas de la porte. On a entendu le bruit d'une chute, on est monté au 1er étage, ils étaient étendus à terre, tombés comme fauchés aux pieds morts du choc de leur tête sur le plancher. » Mais tout cela est flou, raconté comme un rêve, on ne peut faire préciser de quels hommes il s'agit, ni faire rectifier des invraisemblances.

Il semble, d'autre part, exister des hallucinations visuelles épisodiques. Ch. dit voir des hommes entrer dans sa chambre, une fois a vu un chat passer par la fenêtre, puis se sauver quand il a voulu l'approcher.

Il ne semble pas exister d'hallucinations auditives, gustatives, cœnesthésiques ou génitales.

Les fausses reconnaissances sont très fréquentes, les infirmiers, le médecin deviennent des camarades de travail, qu'il tutoie et à qui il raconte volontiers ses histoires.

Il n'y a pas d'idées délirantes organisées.

Les modifications de l'affectivité sont importantes. Ch. est habituellement euphorique. Content de tout, prenant tout « à la blague » : « pour lui il est en sûreté, étant aux trois quarts fou déjà, il n'a plus à craindre de le devenir ». Il fait des calembours, des jeux de mots par assonance. Il s'amuse de sa cécité — qu'il oublie parfois d'ailleurs. Lui annonce-t-on qu'un accident grave vient d'arriver à sa femme, il ne s'en émeut nullement : « que voulez-vous que j'y fasse, il faut bien que tout le monde meure », puis après un instant il continue : « elle ne peut pas être déjà morte, j'étais avec elle hier à la fête ». Ensuite il parle spontanément d'opérations subies : « On m'a coupé en quatre morceaux, on en a recollé deux, jeté les deux autres et voyez-vous je ne m'en porte pas plus mal. » Parfois les propos deviennent grossiers, érotiques ou scatologiques.

Il est surtout indifférent à son état, ne s'inquiète pas de l'avenir, dès

que sa vue reviendra il travaillera comme avant. Il ne s'intéresse pas à l'entourage, vit comme isolé du monde, il ne parle jamais de sa sortie ni des motifs de son séjour. Il ne manifeste pas de réaction affective vis-à-vis de sa famille.

Un point doit être encore noté, c'est que malgré la cécité, Ch. est toujours occupé à quelque travail dès qu'il s'éveille. L'interroge-t-on, il explique qu'il monte un mur, il a préparé le mortier, a posé quelques briques et attend que cela sèche un peu pour continuer. D'autres fois il cherche à terre à la manière des délirants alcooliques et raconte qu'il fait son ménage ou de la culture physique. Il bouleverse sa literie et se couche n'importe où, sur ses matelas ou à côté.

Pas de phénomènes aphasiques. Pas de troubles grossiers d'identification des objets, mais là aussi l'inattention, la fatigue et les tendances fabulatoires doivent entrer en ligne de compte pour interpréter certaines réponses inexactes. Pas d'apraxie.

Ch. s'alimente seul et de bon appétit. Il gâte constamment, souvent même lorsqu'on vient de le conduire aux W.-C. L'activité sexuelle serait très diminuée depuis plusieurs mois, mais il faut tenir compte de l'âge et de l'état physique du malade.

Le rythme du sommeil est perturbé : quelques heures de somnolence pendant la journée, de même pendant la nuit, et turbulence dans l'intervalle.

La température oscille peu autour de 37°, cependant au début de janvier on nota de l'hypothermie 36° et même une fois 35°4.

La présentation est sensiblement toujours la même. Le faciès est immobile, peu expressif, avec absence presque complète de mimique contrastant souvent avec le caractère joyeux des propos.

Pas de troubles *moteurs,* si la démarche est souvent hésitante, la cécité complète suffit à l'expliquer. Pas de signe de préhension forcée à droite ni à gauche.

Les réflexes tendineux sont vifs, mais égaux des deux côtés aux membres supérieurs et inférieurs.

Pas de signe de Babinski.

Pas de troubles *sensitifs* objectifs, mais douleurs sourdes, parfois plus violentes au niveau de l'œil et de la moitié droite du crâne, dont se plaint le malade. Comme troubles *sensoriels,* outre la cécité, existe une anosmie complète.

Pas de troubles gustatifs notables.

Pas de surdité. L'examen nasal montre une tumeur intranasale de l'étage ethmoïdien. A signaler un écoulement nasal séro-sanguinolent fréquent.

Pas de symptôme apparent hypophysaire ou infundibulaire.

Une biopsie de la tumeur, pratiquée à Saint-Joseph en janvier 1933, montra qu'il s'agissait d'un « épithélioma cylindrique à réaction fibro-lymphocytaire » (1).

(1) Nous remercions le Docteur Jacques Lefranc, de Saint-Joseph, qui nous transmit très aimablement ces résultats.

Examen oculaire. — Exophtalmie bilatérale plus marquée à droite, réductible avec douleur à la pression. Strabisme divergent droit. Motilité normale à gauche. A droite, presque nulle dans toutes les directions, sauf dans le regard à droite. Vision nulle, pas même persistance de la perception lumineuse. Pupilles en mydriase, inégales (droite : +) ; réflexes à la lumière et à l'accommodation abolis. Fond d'œil sans modifications apparentes. Pas de troubles de la sensibilité dans le domaine du trijumeau (3-1-33).

Il semble donc exister une double propagation de la tumeur, d'une part dans le sinus, expliquant l'exophtalmie et l'immobilisation du globe, d'autre part au niveau du chiasma (cécité, sans modification du fond d'œil) (Dr Lagarde).

Un nouvel examen (11-3-33) montre une atrophie presque complète et bilatérale du nerf optique.

Radiographie. — Selle turcique large, profonde, à limites indécises, occupée par une tache obscure, non homogène, à contour supérieur irrégulier, à contour inférieur en demi-cercle, empiétant sur la lame quadrilatère, noyant l'apophyse clinoïde postérieure (Dr Misset).

Liquide céphalo-rachidien : tension 22-5 (couché), pas de blocage. Albumine 0,80 ; Pandy + ; Weichbrodt + ; leuco. : 0,8. Benjoin : 11000.22222.21100. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Azotémie 0,31. Ex. hématologique : globules rouges 3.520.000, globules blancs 9.600. Hémoglobine 75. Valeur globulaire : 1. (Mlle Salamon).

Urines : albumine 0,13 0/00, pas de sucre.

Tension artérielle : 14-7 (Pachon).

L'état général est médiocre. Le malade maigrit et présente des périodes de torpeur plus fréquentes depuis quelques semaines. Œdème récent des paupières.

Traitement : applications de tubes de radium puis diathermo-coagulation intra-nasale (Saint-Joseph). Enfin radiothérapie (1).

En résumé, chez un homme de 58 ans, sobre et bien portant jusque-là, apparaissent, au cours d'un traitement actif pour un épithélioma endo-nasal dont les premiers symptômes datent de deux ans, des troubles mentaux qui s'accompagnent de cécité après quelques mois.

Nous insisterons seulement sur le syndrome mental actuel. Il consiste en désorientation temporo-spatiale : oubli des faits anciens, amnésie de fixation incomplète, phénomènes illusionnels ou hallucinatoires surtout visuels rares, fabulation très variable et riche, enfin, état affectif euphorique avec moria et comme

(1) Nous devons à l'obligeance du Dr Noël Péron que nous tenons à remercier ici, d'avoir pu faire traiter notre malade dans le service d'électrologie du Dr Bourguignon, à la Salpêtrière.

symptômes négatifs, absence de troubles moteurs, sensitifs, d'aphasie, d'apraxie et de symptômes tubériens.

On ne peut manquer d'être tenté de rapprocher — ainsi que le fait récemment encore de Morsier (1) — ce « syndrome frontal » de celui réalisé dans la psychose alcoolique de Korsakoff, mais où existent en plus des symptômes médullaires.

A l'excitation euphorique près, plus marquée chez notre malade qu'il n'est habituel de l'observer dans la psychose de Korsakoff, c'est bien le même syndrome mental.

Or, nous l'avons indiqué récemment encore, ce syndrome mental peut être réalisé par des causes multiples. Accompagné de symptômes médullaires (paraplégie flasque) on l'observe en particulier chez des alcooliques (surtout des femmes), ou bien à la suite des vomissements incoercibles de la grossesse et plus rarement au cours d'intoxications de maladies infectieuses diverses ou d'anémies graves.

Il existe encore, mais sans paraplégie, dans l'alcoolisme — souvent alors la paraplégie a guéri et seuls persistent les troubles mentaux — ; comme séquelle d'intoxication oxycarbonée grave ; dans la forme dite presbyophrénique de la démence sénile et même parfois dans la paralysie générale (forme amnésique) (2).

On peut donc tenir le syndrome réalisé chez notre malade comme assez banal en psychiatrie, devant correspondre dans la plupart des cas à une dégradation cellulaire d'un type histo-chimique assez homogène, portant sur une vaste étendue cérébrale et susceptible d'être provoquée par des agents étiologiques multiples.

Disons d'ailleurs que, dans notre cas, il n'est pas cliniquement possible d'affirmer quel est le mécanisme des troubles mentaux.

Y a-t-il extension intracérébrale du néoplasme et destruction du pôle frontal ? Nous ne pouvons l'assurer. Il ne semble pas exister d'hypertension intra-cranienne marquée : pas de céphalées (en dehors des douleurs oculaires et périorbitaires), pas de vomissements, pas de stase papillaire, pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. On doit encore penser à une action des toxines cancéreuses, action plus diffuse que celle pouvant être réalisée mécaniquement par la seule présence du néoplasme. Et il n'est pas possible, à notre avis, de tirer de la symptomatologie actuelle les éléments d'une réponse indiscutable.

(1) Le syndrome préfrontal, l'amnésie de fixation, *Encéphale* 1929, p. 19. Voir aussi : Lhermitte, Le lobe frontal. *Encéphale*, 1929.
(2) Giscard. — Forme amnésique de la P. G., *Thèse Toulouse*, 1930.

M. MARCHAND. — Les troubles mentaux en rapport avec des lésions frontales sont extrêmement variables. Je n'ai jamais constaté le prétendu « syndrome frontal ».

M. Alphonse BAUDOUIN. — Comme M. Marchand, je crois très variables les symptômes mentaux déterminés par les tumeurs cérébrales ; celui de l'indifférence affective est peut-être le plus constant.

Dans le cas particulier, le siège de la tumeur est très difficile à repérer. La ventriculographie nous eût certainement permis beaucoup plus de précision.

Erotomanie et délire d'interprétation,
par MM. J. CAPGRAS, E. JOAKI et René THUILLIER.

L'un de nous a déjà publié un certain nombre d'observations d'érotomanie associée ou symptomatique. La malade dont nous rapportons aujourd'hui l'observation, nous paraît mettre en relief les rapports de l'érotomanie avec le délire d'interprétation...

Mme Paulette D..., 37 ans, s'est mariée en 1920 à l'âge de 25 ans. Son mari qui était, dit-elle, un fugueur paludéen, l'abandonna quatre fois de 1920 à 1927. Après la dernière de ses fugues, en juin 1927, elle refuse de reprendre la vie avec lui. C'est alors que le maire d'une commune de banlieue la présente à M. T., conseiller municipal de cette commune, qui vient ensuite la voir chez elle et commence à lui faire la cour. Les désirs qu'il manifeste sont pourtant très purs. La malade et son partenaire se promènent ensemble très idylliquement au Luxembourg. Mais bientôt Mme D... s'aperçoit que son idéal et pur ami intrigue avec la propriétaire de la maison qu'elle habite et plusieurs de ses amies qui ne l'aiment point. Déçue elle part en Belgique. M. T. lui écrit, mais elle ne répond pas. Elle reste en Belgique de 1928 à 1930 en qualité d'institutrice des enfants de la baronne de C. à qui elle sert en même temps de dame de compagnie et qu'elle soigne, dit-elle, sur l'avis d'un médecin, par auto-suggestion. Le baron de M., grand-père des enfants, et qui était, dit-elle, un grand enfant lui-même tombe amoureux d'elle. Au salon il la regardait avec des yeux langoureux. Il voulait lui faire don d'un de ses châteaux. Finalement et malgré ses 72 ans il voulut fuir avec elle. Le fils de ce géronte était d'ailleurs le rival de son père : « Il venait lui aussi très souvent s'asseoir au salon sur le bras du fauteuil où j'étais assise. » Les hôtes du château, évidemment, la courtisaient tous : l'amiral M... voulut se marier avec elle ; il loua une villa à Bruxelles pour être plus près de l'objet de son amour. « Il était marié mais il voulait divorcer à cause de moi. » Ces nombreuses aventures simultanées

vont aboutir au scandale. Plutôt que d'embraser toute la Belgique Mme D. préfère s'embarquer pour l'Angleterre. Mais auparavant elle passe une nuit avec son mari qu'elle a retrouvé à Ostende.

A Londres, elle donne des leçons de français dans une famille où elle était déjà allée pour apprendre l'anglais. Mais la nuit d'Ostende lui a été fatale : enceinte et malade elle revient en France après huit mois, en décembre 1930, pour accoucher d'un enfant qui meurt à 7 semaines.

En mars 1931, nous retrouvons Mme D. au Grand-Montrouge. Le commissaire du quartier, qui la protégeait précédemment, lui demande pourquoi elle revient habiter là. Ce ne peut-être, suppose-t-il, que pour M. T... Elle rencontre parfois ce dernier dans la rue : « Alors il devenait tout pâle parce qu'il avait une liaison. » Loin de lui faire la cour M. T... devient dans l'avenir un persécuteur. Il venait à son hôtel pour la diffamer : il disait qu'elle racontait des blagues, qu'elle n'était pas sérieuse, et il ordonnait qu'on ne nettoie pas sa chambre. Mme D. alla se plaindre au commissaire qui se montra tout à coup, lui aussi, entreprenant. La femme légitime de M. T... lui écrivit alors une lettre de menaces de mort : « elle avait probablement reçu des lettres anonymes qui lui avaient appris que M. T... me courtisait 4 ans auparavant. »

Mme D. retourne sur-le-champ au commissariat ; le secrétaire du commissaire se montre grossier à son endroit. « Alors par une sorte de fluide en moi, je sentis que j'allais être attaquée : je téléphonai au cabinet de M. Chiappe, mais je fus congédiée : l'hôtelier avait prévenu. Je fus alors à la Préfecture de police demandant à être protégée. Mais le commissaire du Grand-Montrouge avait aussi prévenu pour que je ne fusse pas reçue. Une douzaine d'inspecteurs me dévisageaient. Je ne pus voir le Préfet, mais seulement un sous-chef de cabinet. Dans le tramway un inspecteur en civil me fit des œillades, se heurta à moi. » De retour au Grand-Montrouge, elle trouve des agents faisant les cent pas devant sa porte. Et c'est alors toute une série de provocations de la part de la police, de M. T..., de la femme de celui-ci et de la femme du commissaire. A son hôtel, toutes les femmes ont un mot d'ordre, « je l'aurai », dit l'une d'elles ; le commissaire l'hypnotise, elle est possédée. Partout on la traite de folle ; elle dépose de multiples plaintes : celles-ci ne sont pas enregistrées. Des voisins l'injurient, une voisine la blesse avec une pelle à charbon. Elle se réfugie durant deux mois dans un logement du boulevard Jourdan, mais elle ne paye pas son loyer et on la met dehors. « En réalité, dit-elle, ce sont les énergumènes de M. T... qui m'ont fait chasser. » On lui tue son chien, on lui vole son chat.

Au cours de 1931, son mari a été interné. Il se suicida en 1932 ; mais cela n'a plus pour elle d'importance. Nous sommes en avril 1932. Ses aventures en Belgique et ses mésaventures avec M. T... n'ont été que des préliminaires ; son histoire, à partir de cette date, s'amplifie.

Etant au boulevard Jourdan Mme D... est allée trouver M. P., le plus

jeune conseiller municipal de Paris, pour solliciter un emploi. A cette première entrevue elle ne remarque rien. M. P. la recommande au Préfet et à l'école Berlitz. Dans une lettre qu'il lui adresse elle remarque dans la formule finale ces mots : *Chère Madame, très sincèrement à vous.* Le correspondant signe en faisant précéder son nom de son prénom. Ce chère Madame et ce prénom indiquent clairement à Mme D. toute la sympathie que M. P. lui porte. Elle lui rend de nouveau visite. Il se montre tendre et câlin, elle comprend dès lors l'amour qu'il a pour elle : ses attitudes, ses regards admiratifs, son sourire, le mouvement de ses lèvres implorant un baiser, tout est caractéristique. Elle interprète toutes les paroles et tous les gestes de M. P. au cours de cette entrevue. « Il était, dit-elle, penché comme ça sur son bureau. Il avançait ainsi les lèvres. Par toute son attitude il mendiait un baiser. Mais un baiser très pur ; pour lui j'étais une petite fille. » La malade minaude et sourit à ce souvenir qu'elle a presque transformé en scène d'amour.

A la suite de cette visite, Mme D. retourne constamment à la permanence de M. P. et cherche à savoir tout ce qu'il fait par l'intermédiaire du domestique.

« M. P. me recevait la dernière à ses audiences pour être plus longtemps avec moi. Un jour je rencontrai sa femme que j'avais vue autrefois au bois. Pauvre chéri ! Quelle déception eut-il ! Mme P., voyez-vous, n'était pas vierge lors de son mariage. C'est un mois avant ce mariage que j'ai connu M. P. ; il aurait alors voulu que le mariage n'eût pas lieu. » Elle aurait assisté à ce mariage et la pâleur du marié, son air triste, ses larmes à peine contenues en la dévisageant, tout indiquait qu'il n'acceptait ce mariage que la mort dans l'âme et que tout son amour était pour elle, mais il était trop tard.

Elle continue à chercher durant ce temps, un emploi. Mais partout où elle est recommandée, elle est aussitôt diffamée ; pourtant M. P. répond d'elle, mais partout on l'hypnotise et on hypnotise M. P. lui-même. Alors qu'il lui avait dit qu'il ne quitterait pas Paris, le lendemain elle apprend qu'il est parti pour Cannes. C'est qu'il a été forcé.

Elle réussit à retrouver l'adresse de M. P., à Cannes et elle lui écrit tous les jours (ce qu'elle faisait depuis longtemps à Paris). Quand elle ne lui écrivait pas il lui faisait des petites niches d'homme épris, ou bien il lui faisait dire qu'il ne pourrait pas la voir... pour voir si elle insisterait. Quand M. P. rentra de Cannes le 3 septembre 1932, le domestique lui annonça qu'elle ne le verrait plus. Le lendemain elle voulut voir M. P. malgré tout. En entrant à sa permanence elle reconnut le commissaire du quartier. On l'introduisit dans le salon d'attente. Deux individus étaient assis : ils se levèrent, la saluèrent, et l'emmenèrent à l'infirmerie spéciale.

Certes ce n'est pas M. P. qui l'a fait arrêter : ce doit être sa femme et sa belle-mère, craignant le divorce.

A l'infirmerie spéciale un gardien a regardé sa chemise et a dit : « Ah, vous être indisposée ! » Il avait peut-être reçu ordre de ces

femmes de la violer ou de s'assurer qu'elle n'était pas enceinte de M. P. Elle interprète les propos du docteur de Clérambault à l'infirmerie spéciale, dans ce sens.

Le 12 septembre 1932 enfin elle arrive à Sainte-Anne. Depuis son entrée elle est en contact permanent avec M. P. « J'obtiens des messages de lui ; je tiens des conversations, j'entends sa voix comme au téléphone, il me dit des mots tendres, de sa voix très chaude que je distingue très bien, je le vois aussi, je distingue ses jeux de physionomie, je le vois assis à son bureau, je le vois quand je pense à lui ; il paraît tout à fait vivant devant moi, mais comme à travers un voile et tout attristé. » Ayant le don de télé-audition, de télépathie, la malade est au courant de tout ce qui peut se passer pour ou contre elle. Ces paroles sont accompagnées d'un sourire de satisfaction : « En ce moment, dit-elle, j'entends par télé-audition M. P. qui me parle. — Que vous dit-il ? — Il me murmure : « Chérie je t'aime ». Pour m'avoir il divorcera, je vous en donne ma parole d'honneur. D'ailleurs je suis de bonne et honorable famille, quoique appauvrie. »

Si on lui fait des objections en ce qui concerne l'amour de M. P., elle semble improviser ses réponses au fur et à mesure et pour appuyer ses inspirations elle se fonde soit sur des interprétations morbides actuelles ou rétrospectives, soit tout simplement sur son don de télévision.

Au reste M. P. a le même don qu'elle, ce qui leur permet d'être en rapport constant et intime malgré toutes les méchancetés de leurs persécuteurs. Elle entend la voix de son amoureux lui dire : « Ma petite Reine » et elle lui répond elle-même « Mon petit Roi. »

Après deux mois d'internement elle s'étonne enfin que M. P. qui a tant de pouvoir politique ne l'ait pas fait sortir encore. C'est que l'un de nous, dont elle se méfie depuis le premier jour, est médecin-policier de la Préfecture et possède un pouvoir d'envoûtement qu'il met au service de la femme de M. P. à laquelle il est acquis. Par ce pouvoir magnétique et hypnotique chacun est influencé, sa sortie est empêchée, le bon vouloir des autres médecins est neutralisé.

Bien mieux, on envoie à M. P. les infirmières les plus intrigantes et les plus jolies du service, pour le séduire et la calomnier. Mais M. P. ne les aime pas. Certes, étant donné sa jeunesse, il prend plaisir à leurs charmes, mais son esprit et son cœur lui restent acquis à elle.

Tour à tour chaque infirmière entre ainsi dans la construction de son délire. La change-t-on de quartier, d'autres infirmières de ce nouveau quartier deviennent les maîtresses de M. P. vite lassé des précédentes. Elle interprète dans ce sens le moindre geste, les actes les plus insignifiants des infirmières. L'une d'elles va-t-elle au bain, c'est qu'elle a rendez-vous, ce soir, avec M. P. « Cette nouvelle robe a dû être payée par lui », elle s'inquiète de tout, interprète les absences des infirmières, se tourmente des rencontres certaines avec son amoureux, de leurs minutes d'intimité et elle imagine ce qu'elles ont dû faire selon leur taille et le talent qu'elle leur prête. Tantôt injurieuse

et coléreuse, tantôt suppliante et pleurante elle ne cesse de défendre son amour, tout en étant certaine du triomphe final, malgré les intrigues et « le complot infâme » qui se trame contre elle.

Elle souffre horriblement, on le conçoit, d'être ainsi enfermée injustement pendant que ces femmes, qui ne sont que des courtisanes, lui prennent celui qu'elle aime. Certains jours elle est à bout, elle promet de ne plus penser à M. P. « S'il est capable de butiner ainsi de fleur en fleur, je ne serai pas heureuse avec lui, j'aime mieux en rester là, je le leur laisse. » Après quelques minutes, hélas ! la promesse est oubliée, il y a déjà un compromis. « Je le laisse libre de faire sa vie, je suis charitable, mais dites lui bien que je ne suis pas fâchée, et que s'il veut de moi malgré tout, pour son bonheur j'y consentirai, car au fond, je le sais bien, c'est moi qu'il aime. »

Elle a vu dans les journaux que M. P., Conseiller municipal du quartier, était un partisan du transfert de l'Asile Ste-Anne en banlieue. « S'il vote ainsi pour le ministère c'est qu'il sait bien qu'il me fera sortir avant le transfert de Ste-Anne. » Et c'est aussi par galanterie afin, que, une fois sortie elle n'ait plus sous les yeux le mauvais souvenir de son internement et qu'elle n'ait plus l'occasion de rencontrer d'infirmières, anciennes rivales, dans le quartier.

C'est parce que M. P. est hostile à l'asile que la direction l'empêche de venir la voir. Pourtant le 1er janvier dernier il a forcé la consigne. « Je l'ai vu dans le chemin de ronde, je l'ai reconnu, s'il nie, il ment; il avait son vieux chapeau gris et son pardessus croisé, et ses lunettes comme toujours. » Elle est bien sûre que c'est lui. « Il a levé les yeux, m'a vue et est devenu pâle. » M. P. est revenu le 15 janvier, est monté avec le docteur et ils se sont enfermés tous les deux dans le cabinet d'examen. « J'ai reconnu sa silhouette, mais je ne suis pas tout à fait sûre, il n'a pas demandé à me voir, car il y avait là une infirmière qui était sa maîtresse du moment. »

La malade interprète aussi ses sensations sexuelles en en rapportant la cause à la présence proche de son amoureux. Un soir en lisant dans son lit elle pensait intensément à M. P. et celui-ci lui est apparu. « Je l'ai senti en moi, très chaud et c'était comme la réalité. » Elle eut alors des sensations très agréables. « Je sais bien que ce n'était pas lui, mais c'était par télépathie, tellement il avait lui aussi, envie de moi. » Avant ce coït imaginaire, elle sentait comme des brûlures. « J'étais en somme enflammée, toute brûlante de désir... j'étais chaude d'attirance pour lui. »

Chaque jour la malade écrit de longues lettres à celui qu'elle aime pour lui exprimer son amour et ses tourments. Chacune de ses lettres au « petit choux joli », au « très cher idole », au « petit poulet gentil », au « cher et adoré bébé rose », au « petit roi joli et cher ange », au « mignon et cher aimé » est une interminable litanie de déclarations et supplications.

« Mon peti roi joli soyez l'ange libérateur de votre petite reine prisonnière et martyre d'amour pour vous... »

« Je suis convaincue, mon bébé joli, frais et rose dont les yeux ont emprunté au ciel un coin de son bleu, que vous serez un parfait ministre, député ou consul. » « Mon idole, mon roi, délivrez votre reine ; je compte bien sur vous mon petit poulet que j'espère croquer prochainement, en dépit de tous les mensonges et vilenies que l'on dit et fait. »

⁂

Cette malade nous paraît être un bel exemple de délire d'interprétation à forme d'érotomanie. D'une part elle présente tous les signes du syndrome passionnel qu'a si bien décrit M. de Clérambault, d'autre part elle y joint de multiples interprétations, des idées de persécution systématisés et une extension progressive du délire à tout l'entourage, symptômes qui relèvent de la paranoïa beaucoup plus que de l'érotomanie.

L'érotomane vraie, celle qui appartient au délire passionnel et non point au délire d'interprétation, se limite strictement à un seul objet, se fixe dans un espoir inébranlable, et même à la période de dépit, n'élargit pas le thème primitif, n'a pas besoin d'accumuler les arguments pour garder la conviction de la conduite paradoxale de l'objet. Ses réactions résultent de son caractère. Il est des exaltées qui deviennent agressives ; il est des idéalistes qui cultivent en secret leur rêve et en attendent patiemment la réalisation. Une érotomane, dont l'un de nous a publié l'observation en 1923, continue d'envoyer une lettre quotidienne à son bien-aimé et se contente de cette manifestation platonique sans jamais essayer de le revoir, se leurrant de l'illusion que sa santé seule retarde le mariage. De rares interprétations suffisent à la satisfaire, c'est ainsi qu'elle découvre quelquefois, dans certains dessins du journal, une correspondance ou des taquineries de son fiancé dont elle se réjouit.

La malade que nous présentons est, au contraire, une amoureuse, une jalouse, une paranoïaque, depuis nombre d'années à la recherche d'une tendresse qui lui manque, que ses interprétations lui révèlent et que d'autres interprétations lui retirent.

Depuis six ans environ, c'est-à-dire depuis qu'elle est séparée de son mari, elle comprend, à différents indices dont elle est sûre, que tous les hommes qui l'approchent sont amoureux d'elle. Par une sorte de transitivisme, elle reporte sur autrui ses tendances érotiques et successivement, un conseiller municipal de sa commune, le commissaire de police, puis un baron belge chez qui elle se place comme gouvernante, le fils de celui-ci, un amiral qui fréquente la maison, et, en dernier lieu, le conseiller municipal du quartier qu'elle habite, sont séduits par ses qualités et le lui témoignent par leurs regards, leurs paroles, leurs gestes, leur

conduite. Mais en même temps, des manœuvres étrangères qu'elle dépiste facilement s'opposent à la réalisation de leurs désirs. Son dernier amoureux se marie-t-il, poussé par ces manœuvres hostiles, il le fait contre son gré, la pâleur de son visage suffit à le démontrer.

Cette conviction d'être aimée, fonction d'un sentiment de privation, ne s'exprime et ne s'organise que par une série d'interprétations morbides continues, actuelles et rétrospectives et qui s'appliquent à tout, déforment tout. Ces interprétations prolifèrent abondamment et alimentent sans cesse, non seulement ses convictions d'érotomane, mais aussi, mais surtout sa conviction de persécutée. Ces dernières interprétations s'étendent à la plupart des personnes qui l'approchent et qui lui deviennent vite favorables ou hostiles. C'est ainsi que l'un de nous est considéré comme un envoûteur et un hypnotiseur à la solde de ses ennemis organisant son maintien à l'asile et cherchant à pervertir l'objet de son amour à l'aide de femmes légères qu'il lui envoie.

Aux erreurs du jugement, s'ajoutent, en outre, des rêveries imaginatives prises pour des réalités par cette femme qui croit posséder le don de clairvoyance et de télévision : phénomènes d'apparence hallucinatoire, mais qui se réduisent facilement en illusions ou en représentations mentales vives ; tels, par exemple, l'épisode d'un coït par télépathie ou la scène d'amour entre son bien-aimé et une intrigante.

Les antécédents de cette malade nous révèlent une constitution paranoïaque qui, d'ordinaire, fait défaut chez les érotomanes : instabilité, méfiance, orgueil, susceptibilité. Elle vante à chaque instant, sa beauté, son éducation, son instruction. Elle n'a que mépris pour ceux qui la négligent. Dans le service, son caractère de paranoïaque, ses tendances aux interprétations se manifestent à tout propos : à la fois acrimonieuse et doucereuse, exigeante et querelleuse, elle est surtout jalouse de toutes celles qu'elle prend pour des rivales et ne manque pas une occasion de les vexer ou de les injurier.

Ajoutons enfin que, sous l'influence des variations de son humeur, cette malade est sujette à des périodes d'inquiétude avec paroxysmes interprétatifs et que parfois, dans de rares moments de dépression, elle craint de ne plus être aimée, la conduite inexplicable de son bien-aimé lui laissant supposer qu'on pourrait réussir à le transformer. Un jour viendra, sans doute où, une fois de plus, elle changera d'objet, ce qui est contraire à la polarisation affective habituelle de l'érotomanie, et confirme plutôt le diagnostic de délire d'interprétation érotique avec idées de persécution.

M. Ceillier. — Cette malade ne me paraît pas une interprétante, mais une érotomane classique. Elle est un exemple de ce que j'ai appelé le passage du délire d'érotomanie au délire d'influence. Son érotomanie est évidente et ses visions, ses conversations, ses sentiments d'attirance et de direction, ses sensations voluptueuses ne sont que des effets d'automatisme mental.

On voit également chez elle, comme je l'ai dit, que le mécanisme du jeu est un de ceux par lesquels l'automatisme mental se révèle. Des gens qui ne sont pas délirants du tout s'amusent à imaginer une conversation avec l'être aimé dont ils sont séparés, alors qu'ils pensent à lui. D'autres imaginent une conversation avec Dieu au moment de la prière. Il y a toute une gradation entre : croire, se figurer, ou simplement dire que l'on entend l'interlocuteur absent.

Le fait qu'on peut, en clinique, trouver tous les intermédiaires entre un délire intellectuel ou intuitif, ou imaginatif, comme l'érotomanie et le délire hallucinatoire de persécution, prouve que l'automatisme mental n'est pas de nature organique.

M. Georges Dumas. — Dans le cas particulier, l'automatisme mental de la malade est voulu par elle, dirigé par elle. Elle en a l'initiative, elle commence par le provoquer puis s'y abandonne. Tous ces caractères distinguent son automatisme mental de celui du persécuté paranoïde qui est exogène, imposé, tyrannique, implacable, et le rapprochent de l'automatisme mental de la rêverie de l'homme normal.

M. Capgras. — Cette malade n'est pas du tout une vraie érotomane. Elle a été d'abord et elle reste encore avant tout une paranoïaque. Elle a commencé par avoir, pendant des années, des idées de persécution. Puis elle a été amoureuse successivement d'une quantité d'hommes, ce qui n'est pas le cas de l'érotomane vraie. Elle est jalouse, ce qui n'est pas non plus le cas de celle-ci.

Dans le service, elle est insociable par sa jalousie envers les infirmières, ses interprétations de la conduite des internes, sa susceptibilité à l'égard de ses compagnes. Elle se plaint d'être envoûtée. Ce n'est pas une passionnelle. C'est une interprétante persécutée. Elle n'a, en effet, pas la moindre hallucination. Elle se complait dans la représentation des choses et des êtres qui lui plaisent. Son comportement, lors des scènes voluptueuses qu'elle décrit, ressortit à la masturbation voulue et non à un organe automatique. Elle n'a aucun phénomène d'un automatisme mental délirant.

Présentation de paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol, par M. L. MARCHAND.

Les trois sujets que je vous présente ont été traités uniquement par le stovarsol, suivant la méthode de MM. Sézary et Barbé. En raison des diverses particularités qui ont marqué les étapes du traitement, je considère ces nouveaux cas comme instructifs (1).

OBS. I. — M. Ma., 35 ans, coiffeur, entre à Sainte-Anne le 25 mai 1932.

Hérédité chargée. Mère morte à 55 ans à l'asile de Fleury-les-Aubrais.

Antécédents : bouton sur la verge à 18 ans ; non traité. Changement de caractère depuis cinq mois. Crise d'anxiété depuis 18 jours. Placé à Cochin qui l'envoie deux jours après à l'hôpital Henri-Rousselle.

Certificat d'internement : 24 mai 1932. Paralysie générale. Etat de stupeur. Réponses lentes ou mutisme complet. Incohérence (il est Jésus-Christ ou Clovis, il a tué 200 députés, mis de la peinture sur les murs et tout va brûler). Période d'excitation à Cochin. Alimentation difficile. Faciès figé. Attitude soudée. Tremblement, plus de type anxieux que parkinsonien, surtout à gauche. Azotémie : 0,60.

Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,70 ; globulines ++ ; leuco: 41 ; benjoin : 22222.22222.20000. Bordet-Wassermann : +. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn ++. (Signé : Courtois).

Certificat de 24 heures : Paralysie générale. Lenteur extrême de l'idéation. Turbulence et insomnie. Hésitation de la parole et inégalité pupillaire. Réflexes rotuliens exagérés. Rétention d'urine. Réactions positives du liquide céphalo-rachidien d'après certificat l'accompagnant (Signé : Simon).

Poids du corps à l'entrée : 43 kgr. 700.

Début du traitement par le stovarsol, le 1er juin 1932. Trois injections de 1 gr. chacune par semaine. Du 17 juin au 21 juillet, 3 injections de Quinby par semaine en alternance avec le stovarsol, soit 14 injections. Cessation du stovarsol le 12 septembre 1932, soit en tout 45 grammes.

Reprise du traitement au stovarsol le 14 novembre 1932 ; 3 injections de 1 gr. par semaine. Cessation du traitement le 24 février 1933 ; dose totale : 45 grammes.

A partir de décembre 1932, disparition rapide des troubles men-

(1) L. MARCHAND. — Présentation de paralytiques générales, traitées avec succès par le stovarsol. *Soc. clin. de Méd. mental.*, 18 novembre 1929.

taux et le malade est utilisé comme aide-coiffeur à partir de janvier 1933. Il persiste une inégalité pupillaire sans signe d'Argyll, de l'exagération des réflexes patellaires et un léger embarras de la parole.

Ponction lombaire (27 février 1933). Albumine : 0,30 ; Pandy + ; Weichbrodt : 0 ; leuco : 2,2 ; Benjoin : 22220,22211,00000. Bordet-Wassermann + ; Meinicke —. *Sang :* Bordet-Wassermann + ; Meinicke — ; Kahn +.

Poids : 63 kilos.

Ce malade a quitté l'asile le 2 mars 1933 sur la demande de sa famille ; il a l'intention de continuer un traitement intensif au stovarsol.

Obs. II. — Tr., âgé de 44 ans, typographe, entre à l'asile Sainte-Anne le 31 juillet 1931.

Antécédents : Pas de syphilis avouée. Changement de caractère depuis un an. Léger ictus en septembre 1930. Erreur dans son travail depuis quelques semaines.

1er certificat d'internement : Paralysie générale. Affaiblissement intellectuel, désorientation partielle dans l'espace et le temps. Indifférence. Obnubilation. Absence d'effort. Pas d'idées mégalomaniaques. Absence d'inquiétude totale. Espoirs. Achat probable et proche d'une voiture. Impulsions violentes. Bris de matériel, tendance aux fugues. A démonté une imposte. En cours de traitement par le stovarsol (5 gr.) et le bivatol (10 ampoules). Gâtisme. Inégalité pupillaire. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn +.

Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,60 ; Pandy + ; Weichbrodt ± ; leuco : 2. Benjoin : 12220.02222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke +. (Signé : Courtois).

2e certificat d'internement : Paralysie générale. Intelligence affaiblie. Ne peut dire où il se trouve, ni quand il est venu. Il n'a pas conscience de son état, se dit capable de reprendre son travail. Indifférence, se trouve bien ici, ne tient pas à rentrer chez lui. Par instants est turbulent, disperse sa literie, cherche à sortir du dortoir. Hésitation de la parole. Tremblement de la langue. Pupilles légèrement inégales (Signé : Pactet).

Certificat de 24 heures : Paralysie générale. Conscience très incomplète de sa situation. Euphorie. Turbulence. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Exagération des réflexes rotuliens. Contusions (Signé : Simon).

Poids du corps à l'entrée : 56 kgr.

Le traitement au stovarsol commencé à l'hôpital Henri-Rousselle est continué à raison de trois injections de 1,50 de stovarsol par semaine. Cessation du traitement le 14 octobre 1931, soit en tout 47 grammes.

Reprise du traitement du 23 novembre 1931 au 29 janvier 1932, soit 45 grammes de stovarsol.

L'amélioration de l'état mental a commencé dès la fin de la première série d'injections de stovarsol.

Sur la demande de sa famille le malade sort en liberté le 29 janvier 1932. Il promet de continuer le traitement au stovarsol.

Poids du corps : 80 kilos.

Ce n'est qu'en avril 1932 qu'il se fait faire une série de 30 injections de 1 gr. de stovarsol. Suspension du traitement dans la suite. Le 19 juillet 1932, ponction lombaire : alb. 0,35 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Leuco : 8 ; Benjoin : 22100.22220.00000 ; Wassermann + ; Meinicke —.

Sang : Bordet-Wassermann — ; Meinicke +.

En septembre 1932, réapparition des troubles mentaux ; mauvaise tenue, manque de pudeur, irritabilité. Tr. quitte brusquement son atelier ; il est incapable de tout travail. Sa femme remarque que la parole devient embarrassée et que la déglutition se fait mal. Il est interné de nouveau le 8 octobre 1932 à Sainte-Anne.

Certificat d'internement : Paralysie générale. Affaiblissement intellectuel. Erreurs sur les dates précises. Difficultés d'évocation. Incompréhension des questions simples. Inconscience de sa situation (parfaitement heureux, l'avenir lui sourit ; dans 3 ans 1/2 il aura une retraite de 28.000 fr., il a tout arrangé dans son appartement). Irritabilité, colères, violences. Incapacité de travail malgré amélioration après stovarsothérapie. Dysarthrie. Réflexes tendineux très exagérés. Tremblement.

Ponction lombaire : Alb. 0,40. Pandy +. Weichbrodt +. Leuco : 8. Benjoin : 22210.02100.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke +.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn +. (Signé : Courtois).

Certificat de 24 heures : Paralysie générale. Persistance d'euphorie. Hésitation de la parole. Leucocytose du liquide céphalo-rachidien d'après certificat l'accompagnant. (Signé : Simon).

Reprise du traitement au stovarsol le 12 octobre 1932 à raison de trois injections de 1 gr. par semaine. Suspension du traitement le 23 janvier 1933, en tout 45 gr. Depuis le 6 mars, une nouvelle série d'injections est commencée.

Poids du corps : 85 kil.

Nouvelle amélioration de l'état mental. Le malade, conscient de son état, demande lui-même la continuation d'un traitement intensif.

Obs. III. — Lal..., âgé de 42 ans, valet de chambre, entre à l'asile Sainte-Anne le 7 septembre 1931 avec le certificat suivant :

Affaiblissement psychique. Troubles de la mémoire. Désorientation. Inconscience. Idées absurdes de richesse, va avoir des milliards et les distribuera aux Assurances Sociales de tous les pays pour donner du travail aux chômeurs. Va faire construire des châteaux, etc. Arrêté pour taxi impayé. Dysarthrie. Tremblement digital et lingual. Vivacité des réflexes tendineux. Inégalité pupillaire. Rigidité à gauche. Paresse de la pupille droite. Chancre à 26 ans. Ne paraît pas

avoir été soigné. Paralysie générale. Contusions multiples au visage. (Signé : Heuyer).

Certificat de 24 heures. — Paralysie générale. Mélange de récriminations et de générosité. Distribue de l'argent à tous les siens. Embarras de la parole. Pupilles déformées, inégales et sans réactions à la lumière. Réflexes rotuliens exagérés. Ecchymoses sous-conjonctivales. (Signé : Simon).

Ponction lombaire (11 sept. 1931) : Alb. 0,50 ; Pandy + ; Weichbrodt 0 ; leuco. 29 ; benjoin : 22220.22221.00000. Bordet-Wassermann + ; Meinicke : —.

Sang : Bordet-Wassermann +.

Poids du corps : 54 kilos.

Début du traitement par le stovarsol le 14 septembre 1931 à raison de 1 gr. 50 de stovarsol trois fois par semaine. Suspension du traitement le 2 décembre 1931, soit en tout : 48 grammes.

Reprise du traitement le 25 janvier 1932, suspension le 9 mars 1932 après une dose totale de 29 grammes seulement, parce que le malade est atteint d'ictère fébrile. Guérison rapide de l'ictère.

Nouvelle série d'injections de stovarsol à partir du 11 mai 1932 ; trois injections de 1 gr. par semaine. Suspension le 22 août 1932, soit en tout : 45 grammes.

Amélioration considérable de l'état physique. Le malade s'occupe dans le quartier. Il persiste encore quelques idées de richesse. Le malade se demande s'il n'a pas vraiment un compte à la Banque de France.

Ponction lombaire (30 août 1932) : Alb. 0,30 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; leuco. 0,6 ; benjoin : 00000.00100.00000 ; Bordet-Wassermann : — ; Meinicke : —.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn : —.

Quatrième série d'injections de stovarsol le 14 novembre 1932 ; trois injections de 1 gr. par semaine ; la série est terminée le 27 février 1933 (45 gr.).

Ponction lombaire (27 février 1933) : Alb. 0,30 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; leuco. : 0,8 ; benjoin : 00000.02100.00000 ; Bordet-Wassermann : — ; Meinicke : —.

Sang : Bordet-Wassermann et Kahn : —.

Poids du corps : 74 kilos 200.

L'état mental est normal ; il ne persiste plus que le signe d'Argyll. La mise en liberté du sujet est accordée.

⁂

Le premier malade n'a reçu que deux séries de stovarsol de 45 gr. chacune. Il a recouvré actuellement un état mental et physique normal. Comme réactions humorales, le Bordet-Wassermann est encore positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, le benjoin précipite dans les 4 premiers tubes. Ce sujet a quitté l'asile il y a huit jours et il doit continuer un traitement intensif.

Le deuxième malade a présenté une rémission après deux séries de stovarsol de 45 gr. chacune. Il a alors quitté l'asile avec l'intention de continuer son traitement, ce qui n'a pas été fait. Récidive des troubles mentaux huit mois plus tard ; le liquide céphalo-rachidien et le sang présentent des réactions positives. Interné de nouveau, il vient de subir une série de stovarsol de 45 gr. et son état mental s'est de nouveau modifié heureusement.

Le troisième malade a reçu quatre séries de stovarsol, la première de 48 gr. ; la deuxième n'a été que de 29 gr. ; elle a été suspendue à cause de l'apparition d'un ictère fébrile. Reprise du traitement après disparition de l'ictère et consistant en une série de 45 gr. Amélioration de l'état physique et de l'état mental. Les réactions du sang et du liquide rachidien sont devenues négatives. Quatrième série de stovarsol (45 gr.). L'état mental est normal. Un nouvel examen du sang et du liquide rachidien montre que toutes les réactions sont restées normales.

De ces trois cas, nous pouvons conclure :

1° Que le traitement au stovarsol doit être continué d'une façon intensive par séries de 45 gr. chez les sujets qui ont recouvré un état mental normal, mais chez lesquels il persiste encore des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien, tout en suivant les prescriptions de Sézary et Barbé relatives aux examens oculaires.

2° Que l'on peut, par une reprise intensive du traitement, arrêter de nouveau la marche de la paralysie générale chez des sujets qui, après une rémission, ont suspendu trop tôt leur traitement.

3° Que l'efficacité du traitement peut quelquefois ne se manifester qu'à la 3e et même à la 4e série d'injections.

4° Que l'apparition d'un ictère fébrile au cours du traitement, s'il entraîne momentanément sa suspension, n'est pas une contre-indication pour la reprise des injections aussitôt après la guérison de l'ictère.

M. H. Claude. — La stabilisation des résultats obtenus par le stovarsol qu'il vient de nous montrer, M. Marchand ne la garantit pas. Je crois qu'il a raison. Mon expérience, qui date de 10 ans et qui porte, non pas sur quelques dizaines de cas, mais sur plusieurs centaines, me fait conclure que la stabilisation des régressions ne s'obtient que par la combinaison des deux méthodes ; malariathérapie, parfois pratiquée deux fois, et chimiothérapie poursuivie toujours pendant plusieurs années. La malaria, en somme, n'agit pas par elle-même ; mais elle rend plus efficace

et surtout plus durable l'action des médicaments chimiques : arsenic ou bismuth.

Quand on n'emploie que la chimiothérapie, on obtient des régressions comme celles que l'on vient de présenter. Au bout de 3 ou 4 ans, elles paraissent stabilisées ; on arrête le traitement et alors, se produisent des rechutes sournoises qui sont d'autant plus dangereuses. A l'examen mental, on ne dépiste tout d'abord aucun affaiblissement. Il faut prolonger l'interrogatoire pendant 25 minutes ou plus. Il faut fatiguer le malade, « le noyer », pourrait-on dire, en employant un terme de pêche, pour mettre en évidence ces troubles mentaux et on n'y arrive pas toujours. Pourtant, sa conduite dans la vie sociale, marquée au point des défaillances mentales latentes, a quelquefois produit des désastres. Un malade traité par Sicard avec le Dmelcos et le stovarsol put reprendre, pendant un an, la direction d'une grosse affaire financière. Au bout de 18 mois, ses imprudences en spéculations incitèrent sa famille à me l'amener. La ponction lombaire, l'Argyll-Robertson étaient positifs. Les réflexes achilléens abolis, on notait une grosse hyperémotivité. Il accepta l'inoculation malarienne. En 6 mois, il était redevenu mentalement normal. Au bout d'un an, la ponction lombaire se montrant encore positive et le fléchissement intellectuel réapparaissant, on fit une nouvelle inoculation malarienne, suivie, comme la première, par le stovarsol et le bismuth. Depuis 5 ans, son équilibre mental persiste et sa ponction lombaire est négative.

Nombreux sont les cas semblables où la combinaison de la malariathérapie et de la chimiothérapie ont stabilisé la guérison. Je ne crois pas que la chimiothérapie, à elle seule, y suffise. En tout cas, M. Marchand a parfaitement raison d'insister auprès des malades guéris, pour qu'ils prolongent, pendant extrêmement longtemps, le traitement.

M. Marchand. — Les remarques que vient de faire M. le Prof. Claude s'appliquent aussi aux paralytiques généraux malariathérapisés, chez lesquels la paralysie générale reprend son cours s'ils ne sont pas soumis à un traitement chimique continu et intensif.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des Séances,

P. Courbon.

Séance du Lundi 27 Mars 1933

Présidence : MM. Georges DUMAS, président
et Roger MIGNOT, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 9 février 1933 et le procès-verbal de la séance du 27 février 1933 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE accusant réception du texte du *vœu* émis par la Société dans sa séance du 27 février 1933 et « adressant tous ses remerciements pour cette communication qui sera examinée avec le plus grand soin » ;

une lettre du Cabinet de M. le PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE, accusant réception du texte du *vœu* émis par la Société dans sa séance du 27 février 1933, vœu enregistré sous le numéro 134 et transmis pour examen à la Commission compétente ;

une lettre de M. le Dr J. DUBLINEAU qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr J. GERMAIN, invitant, au nom de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Madrid, les membres de la Société Médico-psychologique passant par Madrid à tenir une séance commune des deux Sociétés, soit à l'aller soit au retour du Congrès de Rabat ; la Société Médico-psychologique regrette très vivement qu'un délai trop bref ne permette pas de réaliser cette très heureuse initiative ;

Commission du Prix Belhomme

une lettre de M. le Dr G.-G. de CLÉRAMBAULT qui, « ne pouvant, en raison de ses occupations, accepter la tâche de juger les deux longs et importants mémoires présentés pour le *prix Belhomme* », demande à être remplacé dans la Commission par un autre membre titulaire

de la Société : la Société Médico-psychologique décide que M. Capgras remplacera M. G.-G. de Clérambault dans la Commission du *prix Belhomme ;*

Approbation du Règlement de la Société

une lettre de M. le Préfet de la Seine, en date du 7 mars 1933, transmettant un exemplaire dûment certifié du Règlement de la Société Médico-psychologique approuvé le 21 février 1933 par M. le Ministre de l'Intérieur : le texte de ce règlement sera publié dans le numéro de mars 1933 des *Annales Médico-psychologiques.*

COMMUNICATIONS

Constance de la notion de constitution et du syndrome « instabilité » chez l'enfant et l'adolescent psychiquement anormaux, par M. André P. L. Beley.

Parmi la confusion des tendances pathologiques de l'enfant psychiquement anormal, il en est toujours une qu'il faut savoir chercher et trouver, parce que c'est elle qui, au moment du passage à l'âge adulte, finit par triompher et se cristalliser en sa manifestation psychosique, pour durer et dominer ensuite toute la vie psychologique de l'être malade, — c'est cette tendance primordiale constante qu'il faut nommer l'élément constitutif. Une observation, que nous sommes forcé de résumer, montrera la difficulté, — et l'intérêt — de ce dépistage précoce.

B. P., 20 ans, arrive de l'Infirmerie spéciale, le 16 octobre 1929, dans le service du Docteur Capgras, avec un certificat parlant de « déséquilibre psychique congénital, à évolution schizophrénique probable, instabilité, mésentente familiale, paresse et fugues, fabulation, indifférence, discordance et sourires immotivés, idées de suicide ; double hérédité alcoolique et vésanique (suicide) ; pas de signes neurologiques ».

Renseignements héréditaires : confirmés.

Renseignements personnels : a toujours été « scrupuleux, inactif, inquiet, timide et susceptible ». Certificat d'études, puis apprentissage.

Début des troubles à 17 ans : se croit remarqué et observé ; « idées drôles » ; on lui veut du mal ; il ne se plaît nulle part. A ce moment, fugues à répétition, menus vols et maison de correction. A, en réalité, été bizarre dès ses premières années. Il se trouvait

étrange, et un sentiment de crainte perpétuel l'écrasait, solitude, peur des ténèbres, des fantômes et des cimetières, peur de mourir.

A 18 ans, engagement dans la Marine (difficultés avec l'ami de sa mère) ; réforme au bout de deux ans d'une vie mouvementée. A la suite, grande instabilité professionnelle. Mis à la porte de chez lui, fait une tentative de suicide au gardénal. Puis, « pour être mis à l'abri », s'accuse d'un vol imaginaire.

Calme à son entrée à l'asile, B. P. a bientôt montré son instabilité, et s'est rendu insupportable et malveillant, parfois agité. Longuement et fréquemment interrogé, il répond avec prolixité, et souvent, en fabulant.

Dans une longue période de un an et demi, notre malade est calme et se préoccupe peu de son état ; nous rapportons quelques-unes de ses paroles : « J'aime beaucoup J.-J. Rousseau ; j'ai lu les *Confessions* au moins 10 fois... Rousseau était un schizophrène comme moi. » Transports démagogiques et idées révolutionnaires : « Je vis avec tous les conventionnels ; je me fais à leur image : je deviens susceptible et farouche. » Veut paraître à la tribune, puis... : « Tout ça, c'est de la comédie. »

Travail manuel régulier... : « Cependant, je suis plutôt fait pour être un intellectuel. »

Apparence d'apragmatisme sexuel : « La femme est de dernière importance. »

Asthénie. Rêveries fréquentes. Pas d'hallucinations. Pas de signes de la série catatonique. Pas de troubles neurologiques.

Bientôt, protestations, refus de répondre, de travailler ; excitation progressive. Le 7 février 1931, tentative simulée et ostentatoire de suicide dans un four crématoire éteint.

Début d'une période d'agitation, qui durera un mois, avec idées mélancoliques, et mythomanie intense : « ...Il était indigne de vivre, et a voulu se faire brûler. » ; « ...Le four était éteint, mais il y avait des serpents pour me manger. » Puis, explication par un débordement de tendances sexuelles : il a voulu se punir de sa perversité, car il a « pensé » tous les crimes. Agitation motrice, interprétations mélancoliques : « On lui prépare un supplice mérité... » ; « ...Il va payer les crimes de Robespierre. » Idées mystiques : « Il doit souffrir pour l'éternité... » Résistance et mutisme complet. Nuits agitées, au cours desquelles il se défend contre le sommeil. ; « ...On va s'emparer de lui..., il a eu des rapports homosexuels..., remords éternels. » Idées actives de suicide. Sentiment de culpabilité. Anxiété extrême. Très délirant pendant quelques jours : « Nous allons l'endormir et l'avoir. »

D'un jour à l'autre, notre malade passe à un aspect nouveau qui va durer jusqu'à la fin de son séjour à l'Asile clinique : calme, quoiqu'encore anxieux et déprimé. Disparition de la majorité des interprétations. Persistance du sentiment de culpabilité. Retour amer sur sa jeunesse, « son sentiment constant de honte et de gêne » : « ...Tout

est terne et indifférent pour moi..., je n'ai plus de sensibilité. » Ne veut plus parler des choses sexuelles : « Ça me dégoûte. » Résistance, fuite devant les questions. Etat de dépression mélancolique persistant pendant 3 mois, jusqu'à son départ en banlieue.

Cette observation, type extrême, synthèse chez le même sujet, est précieuse pour les conclusions que nous avons à en tirer, et nous a amené à les vérifier dans de nombreux autres cas, plus simples ; il s'agit ici, non d'un enfant, mais d'un adolescent qui, présentant une véritable « constellation caractérielle », nous montre, en passant à l'âge adulte, la cristallisation psychosique de l'une de ses nombreuses tendances pathologiques, diverses et confuses jusqu'alors.

Selon la période de son examen, chaque observateur aurait pu attribuer à notre malade une étiquette psychiatrique différente :

— le certificat d'internement mentionne la tendance à la schizophrénie, et il n'est pas douteux que de nombreux éléments signalés peuvent faire de lui un « schizone »..., le désintérêt des choses extérieures, le repliement sur soi-même, cette fabulation isolante, ces modifications perceptives, certaines des fugues et cet autisme évident...

— toute l'attitude de notre malade, durant sa jeunesse, vis-à-vis de son entourage, puis à l'asile, est celle d'un instable,...

— c'est un pervers instinctif, si l'on tient compte des vols commis, des tendances sexuelles, des récits fabulatoires,...

— c'est un franc mélancolique, durant toute la période qui suit la tentative de suicide, avec sentiment de culpabilité, autoaccusation, crainte du châtiment, etc.,

— pourquoi ne pas parler de cyclothymie, devant ces alternatives si brusques d'excitation enthousiaste et de dépression, parfois mélancolique ?

— enfin, un élément — et c'est celui sur lequel il semble que l'on doive s'arrêter — paraît dominant, sinon en intensité, du moins en fréquence, — et c'est l'élément paranoïaque.

Durant la première jeunesse de notre malade, ce sont ces sentiments brusques de peur, ces craintes irraisonnées, toujours par rapport à lui-même qui est menacé,... qui pourrait mourir... A 17 ans, ce sont ces interprétations, sûrement à la base d'un complexe d'infériorité, progressivement croissant... Au service militaire, il s'est rendu « impossible »,... son adaptation familiale est nulle... A l'asile, enfin, ses idées de grandeur, ce désir, très nourri, d'être illustre,... puis ces brusques et hautains refus de répondre, la difficulté d'adaptation au nouveau milieu, la tenta-

tive de suicide ostentatoire et inutile, — enfin ce délire d'interprétation des derniers jours... Tous ces faits sont là pour montrer qu'il n'est pas un acte, pas une pensée de notre malade qui ne soit marqué par une tendance dominante : la tendance paranoïaque. Sa cristallisation psychosique s'est faite devant nous, mais elle avait été jusqu'alors dangereusement latente, et toujours prête à intervenir. *Il y eut de nombreuses occasions de dépister cette tendance constitutive ;* l'eût-on fait, peut-être serait-on arrivé à corriger l'enfant, en égalisant son caractère, par la modification de son ambiance individuelle !

Quelle doit donc être notre attitude devant la diversité mouvementée d'un caractère d'enfant psychiquement anormal? A notre avis, il s'agit, non seulement « d'établir » sa constitution, telle que l'a faite le passé, mais encore de *prévoir* cette constitution, telle que la feront les circonstances à venir.

Il faut donc, en tout premier lieu, distinguer en chaque sujet l'élément, plus intense, plus actif, plus fréquent, ou plus marqué par l'évolution, qui peut être appelé l'élément constitutif. Cet élément existe, pensons-nous, dans tous les cas. Mais deux conceptions doivent être écartées : celle qui a tendu longtemps à s'imposer, et qui n'a aucune portée thérapeutique, faisant de la constitution un bloc inerte, entièrement fabriqué par les antécédents, et dont les conséquences devraient être fatales : celle, d'autre part, qui veut faire de la constitution, la somme des éléments caractériels un jour donné. Toutes deux sont impraticables et sans utilité, car elles restent statiques et ne tiennent aucun compte de l'évolution.

Une part doit être faite, sans nul doute, aux facteurs du passé; mais la valeur à leur accorder doit rester limitée à l'établissement de l'élément constitutif ; il faut ensuite penser que l'enfant est un terrain essentiellement et perpétuellement mouvant, dont les tendances caractérielles sont tournées vers l'avenir, et que cet avenir, tel qu'on peut le prévoir, va dégager un facteur, lui donnant force et éclat, tandis qu'il rabaissera les autres.

Tenant compte, par conséquent, que l'enfant est modelé par les circonstances et l'ambiance, et que, s'il a hérité, il continue à « hériter de lui-même », il s'agit de prévoir, étant données les circonstances présentes, quel doit être l'élément qui méritera, de plus en plus, le nom de constitution, finissant par étouffer et dominer le reste, — déchet du caractère — chez l'adulte.

La portée pratique de la notion de constitution devient ainsi immense, puisque, désormais, grâce à son contenu individuel, nous pouvons diriger le sujet et modifier son ambiance dans le

sens de l'involution de l'élément constitutif présent. On peut donc appeler constitution de l'enfant : l'état de son caractère, à un moment donné, tel que l'a fait son passé, tel qu'un élément s'y trouve prépondérant, et tel que cet élément puisse évoluer, en plus ou en moins, suivant les circonstances et l'ambiance, pouvant même disparaître pour faire place à un autre.

Déterminer une constitution psychique chez un enfant consistera donc dans l'étude préliminaire des facteurs passés, et dans leur synthèse actuelle en vue d'une prévision de l'attitude future. Ce n'est que dans ces conditions que la notion de constitution psychique, se débarrassant de son rôle étiologique des symptômes présents, permettra de faire à chaque instant un pronostic et de diriger notre thérapeutique psychologique dans un sens opportun.

Nous voulons tirer, de notre observation, une seconde conclusion. La plupart des psycho-pédiatres semblent, à l'heure actuelle, vouloir faire de l'instabilité chez l'enfant, un cadre pathologique spécial, et comme une maladie autonome (Heuyer, Wallon, Gilber-Robin, etc.). Nous pensons, au contraire, qu'il ne s'agit que d'un symptôme, commun à la quasi-généralité des enfants troublés du caractère ; et il semble que ce soit bien là l'idée des premiers auteurs qui ont observé et décrit l'instabilité chez l'enfant.

Le « profil mental » de l'instable, tracé par M. Heuyer, est un fait indéniable; mais il est exceptionnel à l'état pur et le diagnostic d'instabilité est un diagnostic de paresse, puisqu'on renonce à chercher l'explication de ce qui n'est qu'un symptôme, se détachant d'un fond caractériel troublé. Il suffit de reprendre notre observation et d'observer combien l'instabilité fut un élément commun à toutes les périodes, cependant si diverses, de notre malade : qu'il se présente comme un émotif simple, comme un intermittant et un pervers comme un « schizone » ou un paranoïaque, il reste constamment un instable moteur ou mental.

Appliquant ces constatations à de nombreux cas dans l'espace, l'on peut dire que tous les enfants psychiquement anormaux sont des instables, parce que chaque constitution psychique, prise à part, peut amener avec elle des troubles imputables à l'instabilité et dont, en réalité, cette constitution seule est responsable. L'instabilité chez l'enfant est donc le syndrome quasi constant qui, parti de la constitution propre du sujet, amène les réactions (souvent délinquantes), et établit entre l'une et les autres, une relation de cause à effet.

Excitation maniaque et paranoïa, par M. G. PETIT.

I. Paranoïa et cyclothymie. La phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques. Importance sociale et médico-légale.

Résumé. — Chez un grand nombre de malades paraissant appartenir soit à la paranoïa quérulante, soit à la psychose maniaque-dépressive, soit à la cyclothymie, les manifestations paranoïaques, quérulantes et perverses, accompagnées de troubles profonds du jugement (dysphronie), qui dominent le tableau clinique, paraissent être conditionnées exclusivement par une excitation maniaque sous-jacente. Paranoïa quérulante et excitation se manifestent en effet avec un parallélisme rigoureux, disparaissant et réapparaissant simultanément : éclipses d'une paranoïa quérulante chronique au cours de brefs ictus dépressifs, cyclothymie à périodes d'excitation paranoïaque, phase paranoïaque et dysphronique pré ou post-maniaque de la psychose périodique.

Excitation maniaque et paranoïa, par M. G. PETIT.

II. Dissimulation utilitaire de l'excitation psychique et réduction volontaire de l'agitation dans la manie. Importance sociale et médico-légale.

Résumé. — La connaissance de ces particularités cliniques paraît d'autant plus intéressante au point de vue social et médico-légal que, dans un but utilitaire, ces malades peuvent parfaitement réduire et dissimuler temporairement leur excitation psycho-motrice, faisant ainsi méconnaître leur état pathologique, non seulement par leur entourage mais par des experts.

Le texte de ces deux communications paraîtra *in extenso* comme mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Pierre JANET. — Les cas de M. Petit sont très intéressants. On y voit les rapports entre les délires sociaux et les sentiments personnels que j'ai étudiés dans mon livre sur l'*Extase et l'angoisse.*

J'ai observé un malade qui pendant 18 mois présenta un état dépressif avec délire de persécution hallucinatoire auditif (il pleurait, gémissait, les officiers et les soldats l'injuriaient de près et de loin), puis un état d'excitation coléreuse (il accusait ses persécuteurs avec arrogance, voulait entamer un procès contre eux) qui

dura 5 mois, puis un état de calme avec délire de grandeur (il avait gagné des batailles, il était généralissime) qui dura à peu près aussi longtemps.

Une période de guérison s'installa pendant 2 ans, au bout desquels il y eut récidive constituée elle aussi par les trois mêmes phases : dépression avec délire de persécution, excitation avec délire persécuteur, calme avec délire de grandeur. Cette récidive ne dura que 18 mois. Elle s'est terminée il y a 10 ans. Et la guérison s'est maintenue depuis lors.

D'après ce cas et d'autres semblables, c'est dans la phase mélancolique et non dans la phase maniaque que le délire paranoïaque de persécution se manifeste. Et il faut distinguer l'inaction morose caractérisée par une simple diminution des sentiments individuels allant jusqu'au sentiment du vide, de la mélancolie proprement dite où il y a exaltation des sentiments. L'état d'inaction morose avec la perte des sentiments qu'il comporte conditionnerait la disparition du délire de persécution.

Il faudrait peut-être chercher à établir dans l'état qualifié maniaque deux degrés analogues aux deux degrés d'inaction morose et de mélancolie que j'ai distingués dans l'état qualifié mélancolique.

M. Fribourg-Blanc. — De cette communication, je retiendrai surtout le passage concernant la dissimulation volontaire. Dans l'armée, comme je l'ai dit et dans mon rapport au Congrès de Bordeaux et ailleurs, la dissimulation est peut-être plus difficile à dépister que la simulation. Dans un but utilitaire pour obtenir une réforme non seulement des cyclothymiques, mais des déments précoces sont capables de dissimuler leurs troubles.

M. R. Mignot. — La réaction paranoïaque des périodiques est souvent stéréotypée, constituant un signal-symptôme annonçant la guérison ou la reprise de l'accès. Une femme à Charenton tenait toujours le même propos injurieux 10 heures avant l'éclatement de l'agitation. Une femme de Ville-Evrard, brusquement, attaque violemment la veilleuse du quartier des agitées et 10 heures après elle entre dans sa période de calme.

M. H. Claude. — Comme M. Mignot, j'ai vu des périodiques présenter un signal-symptôme stéréotypé. C'est là le cas de deux femmes ayant dépassé la ménopause qui se croient enceintes et vont consulter l'accoucheur, quelques jours avant de devenir maniaques.

Les maniaques qui sont joviaux, bons enfants pendant l'accès à l'asile, puis se montrent revendicants et persécuteurs une fois libérés, ne sont pas très rares, la chronique des journaux nous l'apprend parfois.

M. G. PETIT. — Je remercie M. le professeur Janet d'avoir bien voulu rapporter, à l'occasion de cette communication, l'observation si suggestive de son malade. Les remarques diverses que je viens d'exposer n'ont pas la prétention d'indiquer un mécanisme psychogénique commun, à la base de toutes les idées de persécution. Certes, pour certains auteurs, en particulier pour les psychanalystes, le terme de paranoïa est synonyme d'idées de persécution. Mais c'est dans un sens plus restrictif, — d'ailleurs le plus souvent admis dans la nosographie psychiatrique, — que j'ai employé ce terme : pour moi, l'expression de paranoïa implique seulement un état habituel d'exaltation de la personnalité avec exagération de l'orgueil, malveillance, agressivité, et troubles profonds du jugement. Sur ce fond d'exaltation égocentrique de la personnalité peuvent certes se constituer des idées délirantes de persécution. Mais, même dans ce cas, les idées de persécution présentent une valeur psychologique assez différente des idées de persécution écloses sur un fond de mélancolie. Le persécuté paranoïaque est surtout un persécuteur, agressif et sûr de son bon droit, à mentalité de vainqueur ; le persécuté mélancolique est un vaincu, résigné et passif, qui ne trouve souvent de solution à ses persécutions que dans le suicide... Il est précisément remarquable que, dans la belle observation du persécuté de M. le professeur Janet, « le sentiment de triomphe » présenté par ce malade soit apparu justement au cours de la période de manie.

Je m'excuse de n'avoir pu citer le remarquable rapport de M. le professeur Fribourg-Blanc. Alors que j'ai voulu indiquer la fréquence des éléments paranoïaques dans les états maniaques, en même temps que la possibilité de dissimulation de ces malades, l'observation du paranoïaque dissimulateur de M. Fribourg-Blanc me paraît tout particulièrement suggestive.

Enfin, la malade de l'observation V illustre précisément les remarques si intéressantes de M. le Professeur Claude et de M. Mignot. La lettre revendicatrice qu'elle nous écrit à la phase paranoïaque prémonitoire de chacun de ses accès maniaques constitue en effet un véritable signal-symptôme de l'accès.

Un cas de mythomanie roman,
par M. B. Conos (de Constantinople).

Résumé. — Observation d'un déséquilibré de l'imagination qui, pour ranimer l'amour d'une maîtresse avec laquelle il avait rompu, inventa une histoire fantastique à laquelle crut son entourage et dont la presse locale affirma pendant quelque temps l'authenticité. Une milliardaire anglaise, éprise de lui, lui avait, assurait-il, donné 16 millions de livres sterling. — Il s'agissait d'une bouffée mythomaniaque qui disparut après quelques jours de traitement.

La séance est levée à 17 heures 35.

Les Secrétaires des Séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 2 mars 1933

Présidence : M. Clovis VINCENT, président

Catalepsie et Narcolepsie. Apparition et disparition d'une affection médullaire pendant l'évolution du syndrome, par M. J. DEREUX.

M. *J. Dereux* relate l'observation d'une malade atteinte de catalepsie narcolepsie d'allure idiopathique et chez laquelle il a pu mettre en évidence l'existence de signes certains d'organicité. De plus en plus, on tend à admettre l'existence d'un substratum organique à la base de la catalepsie. Il n'est souvent que soupçonné. Il est rare qu'on puisse en donner la preuve d'une manière aussi évidente.

Lésion évolutive de la moëlle cervicale ayant débuté par une paralysie obstétricale du membre supérieur, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et G. BOUDIN.

Les auteurs présentent une jeune fille offrant une morphologie spéciale (cou très court, dos rond, épaules en avant et membres supérieurs raidis en extension), une quadriplégie spasmodique, des signes d'atteinte périphérique au membre supérieur gauche (atrophie, inversion du réflexe du radius), des troubles sensitifs considérables de la sensibilité profonde et des troubles discrets de la sensibilité algo-thermique dans le territoire de quelques racines cervico-dorsales gauches. Ces troubles ont débuté à la naissance par une paralysie obstétricale du plexus brachial gauche ; puis progressivement se sont développés les troubles de la morphologie, l'atteinte du membre supérieur du côté opposé, et enfin la paraplégie. L'exploration lipiodolée est négative et on se trouve donc devant un processus évolutif

consécutif à un traumatisme médullaire obstétrical et dont les auteurs discutent les rapports avec la syringomyélie, l'hématomyélie et les néoplasies intra-médullaires.

A propos de deux cas de méningiome de la région pariéto-temporale, par MM. Th. de Martel et Guillaume

MM. *Th. de Martel* et *Guillaume* présentent deux malades opérés et guéris de méningiome volumineux (l'un d'eux, particulièrement, pesait 350 gr.). Les auteurs insistent sur la longue latence de ces processus néoplasiques, qui évoluent pendant des années sans symptomatologie et qui d'un coup se révèlent par un syndrome à marche aiguë et grave, d'autre part sur la rareté des signes de localisation surtout, si la tumeur siège à droite.

Contribution à la dissociation anatomique et clinique des leuco-encéphalites subaiguës. Le type concentrique de Balo, par MM. J. A. Barré et Ludo Van Bogaert.

Les auteurs ont repris, à l'occasion d'une ancienne observation de l'un d'eux publiée avec Morin, Draganesco et Reys, l'étude clinique et histopathologique d'un type particulier de leuco-encéphalite subaiguë, que Balo a étudié en 1924, sous le nom « d'encéphalite concentrique ». A la lumière des cas actuellement connus, l'affection peut être différenciée de l'encéphalite périaxile diffuse du type Heubner-Schilder et de la sclérose multiple aiguë, différenciation qui n'a pas été faite lors de la publication des premiers cas.

L'affection débute le plus souvent brutalement par une hémiparésie du type cérébral et de symptômes d'hypertension intra-cranienne. A la période d'état, les signes d'un foyer cérébral en évolution sont à l'avant-plan, la stase papillaire se rencontre dans la majorité des cas, les symptômes d'irritation sous-corticale ne sont pas rares. L'évolution fatale est de règle ; elle survient tantôt au bout de quelques semaines, tantôt après une dizaine de mois.

Les troubles cérébelleux manquent ; la cécité, la surdité font défaut. Il n'y a pas de dissociation albumino-cytologique du liquide. On n'observe aucun symptôme radiculaire pouvant évoquer l'idée d'une affection médullaire. La différenciation avec la sclérose diffuse périaxile sera basée surtout sur l'absence d'accès épileptiques, de modification du champ visuel, de surdité et d'une paraplégie ou triplégie spasmodique à un moment de l'évolution.

Avec la tumeur cérébrale aiguë, le diagnostic est encore plus délicat : dans l'encéphalite concentrique l'aggravation clinique et papillaire ne suivent pas une courbe parallèle ; les symptômes d'hypertension cranienne ne montrent pas une aggravation progressive. L'encéphalographie montre la liberté des ventricules, et en particulier des cornes temporales ; fait important si l'on songe que la plupart des tumeurs aiguës se développent dans le lobe temporal ou à son voisinage.

Au point de vue anatomique, les systèmes atteints sont surtout les voies pyramidales et les voies de projection pariéto-temporales. La lésion caractéristique est une démyélinisation concentrique « en tranche d'agate », où alternent les zônes atteintes et saines. Dans la désintégration, intervient la microglie, une macroglie hypertrophique surprenante, peu d'oligoden-

droglie. Dans l'organisation secondaire, le tissu mésenchymateux intervient avec une activité qu'on ne lui voit pas dans la sclérose diffuse. Le cervelet, le tronc cérébral et la moelle sont respectés. Le chiasma participe directement au processus pathologique.

Le type isolé par Balo a une individualité clinique que confirme son étude histo-pathologique. Son agent étiologique nous demeure complètement inconnu.

DISCUSSION

M. Clovis VINCENT. — L'expérience montre très souvent que certaines variétés d'encéphalite sont prises pour des tumeurs du cerveau. Inversement aussi, certaines tumeurs du cerveau sont prises pour des encéphalites.

Dans certaines encéphalites, les symptômes ont une évolution progressive et on constate des signes d'hypertension intra-cranienne, tels que la stase papillaire. On sait aussi que toutes les tumeurs du cerveau ne s'accompagnent pas de stase.

Cliniquement avec un peu d'habitude, on peut soupçonner s'il s'agit réellement d'une encéphalite ou d'une tumeur. Mais la pierre de touche du diagnostic est, dans la majorité des cas, la ventriculographie. Sur des clichés radiographiques, puis après injection d'air dans le ventricule, ceux-ci apparaissent petits, en place, symétriques, non déformés ; le troisième ventricule est normalement injecté. On sait qu'il en est tout autrement dans les tumeurs. Cependant dans quelques encéphalites, le cerveau est si lourd, les parois des ventricules si cartonnées que l'air ne réussit pas à pénétrer toute la cavité ventriculaire et que celle-ci prend un aspect anormal qui peut faire égarer le diagnostic.

Epilepsie et nœvus cutané de la face. Aspect radiographique d'angiome cérébral, par MM. O. CROUZON, J. CHRISTOPHE et Maurice GAUCHER.

Les auteurs présentent un malade de 18 ans, porteur d'un nœvus vasculaire de la face associé à un angiome cérébral décelable par la radiographie et ayant donné lieu à des manifestations épileptiques. Il existe en outre, du même côté, des altérations du fond d'œil. Les auteurs discutent la parenté entre ces angiomes cérébro-cutanés et l'angiomatose du système nerveux : maladie de Von Hippel Lindau.

Algies symptomatiques de lésions du trijumeau d'origine syphilitique, avec réactions biologiques négatives dans le liquide céphalo-rachidien, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et G. BOUDIN.

Les auteurs présentent une malade chez qui se sont installées successivement :

1° des algies symptomatiques de lésions du trijumeau gauche avec anesthésie cutanéo-muqueuse et paralysie des masticateurs ;

2° une exophtalmie gauche ;

3° une paralysie du VI[e] gauche.

L'examen révèle en outre, une anesthésie de la conque de l'oreille et une agueusie du niveau de la moitié gauche de la langue indiquant une atteinte de l'intermédiaire de Wrisberg et de la portion sensitive du IX[e].

L'origine syphilitique des lésions n'est révélée que par la constatation

d'une réaction de Wassermann positive dans le sang, toutes les réactions biologiques étant négatives dans le liquide céphalo-rachidien.

L'efficacité du traitement spécifique vient confirmer le diagnostic étiologique, mais le siège exact et la nature des lésions restent indéterminés.

Exophtalmie par propagation intra-orbitaire de tumeurs intra-craniennes, par M. NAYRAC (de Lille).

M. *Nayrac,* à propos de deux cas anatomo-cliniques, insiste sur la rareté de cette complication, sur l'indice de malignité qu'elle représente et sur la nécessité de s'abstenir au point de vue opératoire.

DISCUSSION

M. *Baudouin* a observé de nombreux cas semblables et rappelle que Castéran, dans sa thèse, en a publié un grand nombre. M. *Cl. Vincent* pense qu'il s'agit d'une complication assez commune, et surtout fréquente, dans certaines néoplasies (poches de Rathke).

J. TUSQUES.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 16 Mars 1933

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Théorie du « Champ » en psychologie, par M. le Professeur GIESE (de Stuttgart).

Prenant parti contre l'associationisme et l'atomisme psychologique, se ralliant à la théorie de la Gestalt, l'auteur montre qu'une position concrète des problèmes psychologiques met l'observateur et l'expérimentateur en présence, non du couple excitation-réaction, mais d'une liaison complexe entre « l'intérieur » et « l'extérieur », qu'il appelle « champ ». Dans cette perspective, l'espace devient un fait personnel, qui dépasse la perception de ses dimensions : à l'appui de cette vue, l'auteur analyse quelques exemples empruntés à la chorégraphie, aux mouvements des travailleurs manuels, à une observation personnelle du comportement moteur d'un compositeur de musique ; il compare la mémoire topographique chez l'adulte et chez l'enfant. Enfin, il étend les applications de la notion de champ à la psychologie du groupe et à la psychologie de la culture.

Au nom de la Société, M. *René Charpentier* remercie M. le professeur Giese d'un exposé dont il souligne l'intérêt, exposé remarquable par sa clarté et par l'aisance avec laquelle l'auteur emploie la langue française.

M. *Pierre Janet,* rappelant ses propres recherches sur le champ de conscience, distingue un sens subjectif et un sens objectif de la notion de champ, moins éloignés qu'il ne semble : le champ objectif intervient dans la mesure où il est perçu et compris, et, par conséquent, subjectivé.

Reprenant cette distinction, montrant que le champ extérieur lui-même a une action consciente et une action inconsciente, rappelant enfin les idées d'Auguste Comte, de Taine et des sociologues français, M. Georges Dumas demande quel point particulier le professeur Giese entend mettre en évidence.

Pour *Henri Piéron,* la psychologie *expérimentale* doit négliger le champ et réaliser des circonstances constantes dans lesquelles elle étudie un phénomène donné en fonction d'une variable.

Tout en maintenant la légitimité du point de vue défendu par Piéron, M. *Henri Wallon* souligne l'intérêt de la notion du champ dans l'étude des faits complexes. Qu'est-ce qu'un automatisme ? Si l'on n'y voit qu'un mécanisme bien monté, on en omet l'essentiel : c'est l'automatisme de la marche, l'automatisme du pianiste. Et où est l'image que peint le peintre : dans l'objet, dans l'œil du peintre, dans son cerveau ou sur sa toile ?

MM. *Lalo, Lahy* exposent les points de vue de l'esthétique et de la psychotechnique.

M. le professeur *Giese* répond aux questions posées. Il montre la nécessité de faire intervenir la notion de champ dans l'analyse de faits assez élémentaires, en optique physiologique par exemple. Le hiatus dénoncé entre une psychologie qui tient compte du champ et une psychologie expérimentale qui le néglige, n'est pas particulier à la psychologie et existe dans diverses sciences, par exemple en physique.

Daniel LAGACHE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 février 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone suivi de troubles mentaux,

par M. VAN LOOY.

Il s'agit d'une femme de 26 ans ne présentant aucun antécédent pathologique et une héridité normale. Intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone. A l'entrée à l'hôpital, état stuporeux, puis symptômes de confusion mentale. Après quelques jours l'obnubilation disparaît progressivement, mais il persiste des troubles mentaux qui prédominent sur les fonc-

tions mnésiques : amnésie lacnnaire pour l'accident, et gros troubles de la mémoire de fixation. Il existe aussi une amnésie rétrograde partielle, et des tendances à la fabulation. Celle-ci est laborieuse, moins spontanée que dans le syndrome de Korsakoff ; la malade ne fabnle que quand on lui pose des questions. Il existe un certain degré d'indifférence affective, d'inertie mentale. L'examen neurologique est complètement négatif.

L'auteur discute la pathogénie des altérations cérébrales dans l'intoxication oxycarbonée, d'après certains travaux récents.

Le repérage ventriculaire en psychiatrie, par MM. VERMEYLEN et HEERNU.

Dans les cas de troubles mentaux atypiques difficiles à interpréter et à classer, et surtout lorsque certains symptômes permettent de supposer à l'affection une origine organique, le repérage ventriculaire peut fournir des renseignements très utiles et il révèle parfois l'existence d'une tumeur cérébrale qui sans cela resterait méconnue. Les auteurs utilisent la méthode préconisée par Laruelle (injection d'air par voie lombaire), épreuve dont la technique est simple et qui ne présente aucun danger pour le malade.

Relation de cinq observations cliniques, dont les trois premières concernent des cas intéressants par les particularités du syndrome mental observé, mais dans lesquels le diagnostic de tumeur cérébrale ne présentait pas de difficulté.

Les deux derniers cas concernent des malades qui présentaient un tableau clinique typique de paralysie générale, et dont l'un avait même été traité par la malaria. Le repérage ventriculaire a permis le diagnostic de tumeur de la région sphénoïdale dans un cas, et de tumeur dans la région de la tente du cervelet dans l'autre cas.

Les auteurs pensent que le repérage ventriculaire doit être pratiqué chaque fois qu'on se trouve en présence d'un syndrome mental atypique dont l'allure n'est pas purement psychosique.

Présentation d'une pièce anatomique, par M. HOVEN.

L'auteur montre les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie d'un malade atteint de démence précoce classique, et qui est mort à la suite d'un ictus apoplectiforme, ayant été suivi de symptômes aphasiques. L'hémisphère gauche est le siège d'un vaste foyer fronto-pariétal, dont certaines parties présentent un aspect caséeux. Il s'agit probablement d'une lésion d'origine tuberculeuse ayant déterminé des troubles circulatoires. L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

A propos de deux cas de tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Relation de deux cas de tumeur frontale qui ont été envoyés dans une clinique psychiatrique avec le diagnostic de mélancolie pour l'un et de paralysie générale pour l'antre. Dans les deux cas, les premiers symptômes morbides ont atteint la sphère psychique et ce sont les troubles du comportement et les bizarreries dans l'activité professionnelle qui ont alerté l'entourage. Dans les deux cas anssi, on a observé dès le début, un syndrome ataxique net et des troubles profonds de l'attention.

L'évolution a été rapide dans le premier cas et foudroyante dans le second, la mort étant survenue cinq semaines après l'apparition des troubles mentaux prodromiques.

L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait respectivement d'une tumeur née du corps calleux et ayant envahi la presque totalité des deux lobes frontaux et d'un gliome kystique du lobe frontal gauche comprimant fortement le lobe opposé.

L'histoire clinique de ces cas permet de croire que le syndrome psychique observé n'apparaît qu'en cas de lésion bilatérale des lobes frontaux ou d'atteinte du corps calleux. Les auteurs insistent sur l'importance des troubles psychiques à un stade de l'affection où l'hyperteusion intra-cranienne faisait défaut, et discutent la symptomatologie de leurs cas à la lumière de certaines données récentes sur la physiologie normale et pathologique des lobes préfrontaux.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 25 février 1933

Présidence : M. F. BREMER, président

La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée,

par MM. L. VAN BOGAERT et R. NYSSEN.

Présentation d'un garçonnet de 9 ans atteint de cette curieuse affection, déjà décrite par les auteurs chez la sœur aînée de ce petit malade, et dont l'évolution est caractérisée par une atrophie optique assez rapide aboutissant à la cécité, puis par des troubles auditifs suivis d'une surdité plus ou moins complète, et enfin, après plusieurs années, par l'apparition d'un syndrome spasmodique fruste, sans signe de Babinski, avec troubles légers de la sensibilité aux membres inférieurs et troubles cérébelleux discrets.

L'examen anatomique montre qu'il ne s'agit ni d'idiotie amaurotique ni de maladie de Schilder. Il existe une dégénérescence diffuse primitive du chiasma et de la bandelette optique ; dégénérescence de la racine cochléaire du nerf auditif et enfin, dégénérescence primitive bilatérale des noyaux dentelés. La racine vestibulaire de l'auditif et le noyau de Deiters sont intacts, ainsi que les éléments corticaux de l'audition, les autres pédoncules cérébelleux et le cortex cérébelleux.

Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux, par M. J. DAGNELIE.

Relation du cas d'une femme de 41 ans chez laquelle se sont installés, en 2 ans, des troubles neurologiques caractérisés par une atteinte des VIII^e^, VII^e^ et V^e^ nerfs crâniens du côté gauche : diminution de l'ouïe à gauche, avec, au début, hypersomnie, vertiges, et larmoyement de l'œil gauche ; puis parésie faciale gauche et asymétrie des sensations de la face ; enfin, nystagmus et signes cérébelleux très discrets ; pas de signes pyramidaux. Récemment, la malade a présenté des vomissements.

L'auteur écarte les diagnostics de méningite céreuse localisée, de méningite basilaire syphilitique et de tumeur cérébelleuse, et pense qu'il s'agit d'un gliome de l'acoustique.

Syndrome neuro-anémique, par M. J. DE BUSSCHER.

A propos du cas d'une femme de 69 ans, atteinte d'anémie pernicieuse avec quelques symptômes neurologiques qui ont été fortement améliorés par le traitement, l'auteur émet certaines considérations sur les diverses formes cérébrale, polynévritique et médullaire de l'affection, et pense que les troubles mentaux, lorsqu'ils existent, présentent certaines analogies avec ceux de la sclérose latérale amyotrophique et des psychoses polynévritiques.

Plasmocytome du sphénoïde. Contribution à l'étude neurologique du myélome malin, par MM. CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU.

Observation anatomo-clinique d'une femme de 56 ans dont l'affection a débuté par des céphalées intermittentes avec paresthésies dans le domaine du trijumeau, puis diplopie et ptosis de la paupière gauche, suivie d'une diminution de l'acuité visuelle et d'exophtalmie gauche. Œdème papillaire et hémorragies rétiniennes. Image radiographique difficile à interpréter. On s'arrête au diagnostic de méningiome de la petite aile du sphénoïde. Ablation de la tumeur. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un plasmocytome typique, dont l'aspect radiologique du « crâne mangé des mites » est très caractéristique dans les cas graves. Dans le cas présent, il n'existait que quelques lacunes seulement, qui n'ont pas permis un diagnostic précis, bien qu'elles fussent visibles à la radiographie. Les auteurs insistent sur l'intérêt que peut présenter l'étude du myélome malin pour le neurologiste.

Les myélites funiculaires en dehors de l'anémie pernicieuse, par MM. L. VAN BOGAERT, DELHAYE et DELBEKE.

Les auteurs relatent les observations de deux malades ayant présenté des signes d'une myélite funiculaire typique, au cours de syndromes anémiques atypiques avec insuffisance des surrénales dans un cas et ictère hémolytique dans l'autre. Le traitement de l'anémie n'a pas modifié les symptômes neurologiques. Les auteurs rappellent que des faits analogues s'observent au cours de la pellagre et discutent le rôle de l'anémie, des phénomènes de carence avec hypocholestérinémie. Ces myélites funiculaires ont probablement une origine dyslipoïdienne. Démonstration des lésions trouvées à l'autopsie de ces deux cas.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Méthode rapide de dépistage des arriérés intellectuels, par le Dr Th. SIMON [in *Bull. mensuel de la Société Alfred Binet* (Psychologie de l'enfant et Pédagogie expérimentale). Octobre-Novembre 1932. Imprimerie Coueslant à Cahors (Lot)].

Cette nouvelle méthode de *M. Th. Simon* s'adresse avant tout aux médecins, souvent obligés d'aller vite, et auxquels les conditions d'examen ne laissent pas toujours le temps de faire posément toutes les épreuves de l'échelle métrique, aujourd'hui très répandue, établie en 1911 par *Binet* et *Simon,* pour la mesure du développement de l'intelligence. Sans fournir les renseignements précis que vise à donner cette échelle métrique, la nouvelle méthode a été édifiée en vue d'un diagnostic rapide.

Pour dépister les enfants anormaux, il faut les chercher de parti-pris. M. Th. Simon expose d'abord qu'un enfant anormal diffère de ses camarades en ce qu'il n'*assimile pas* l'instruction qu'on s'efforce de lui donner, ou bien en ce qu'il *ne s'adapte pas* à la discipline scolaire, ou par ces deux points à la fois, et cela à cause d'un état pathologique *permanent.*

Pour les *arriérés,* le problème consiste, étaut connu l'âge exact de l'enfant, et étant établie une limite normale pour chaque âge, à rechercher si l'enfant se place en deçà ou au delà de cette limite. L'examen est simplifié en se reportant à une table, établie de 3 mois en 3 mois pour la petite enfance, de 6 mois en 6 mois pour les enfants au-dessus de 12 ans. La table indique une série de 8 épreuves. Si l'enfant examiné réussit 5 de ces épreuves, il est considéré comme normal. S'il échoue à plus de 3 épreuves, il est suspect et doit être soumis à un examen plus détaillé. Le triage est ainsi très rapide puisque cette méthode permet l'examen d'un enfant en 5 minutes et « sans précipitation ». Si l'attitude de l'enfant, ou la nature des réponses, ou une absence exceptionnelle de culture, paraissent l'exiger, il va de soi qu'on formulera les réserves que ces situations commandent.

La table des épreuves, les prescriptions générales pour le diagnostic rapide de l'arriération intellectuelle, la technique des tests, un modèle de feuille d'observation figurent dans ce numéro auquel est annexée en supplément une brochure constituant le matériel de l'examen.

Il n'est pas besoin d'insister sur le grand intérêt pratique de la nouvelle

méthode proposée par *M. Th. Simon*. Le légitime retentissement de ses travaux antérieurs et de ses méthodes universellement utilisées, la garantie de sa longue expérience attirent particulièrement l'attention sur un mode de dépistage d'une rapidité surprenante, appelé de ce fait à rendre de grands services pour de premiers triages scolaires et dans les consultations externes de psychiatrie infantile.

René CHARPENTIER.

La délimitation et la rareté de la maladie dite psychose maniaque-dépressive (Ueber Abgrenzung und Seltenheit des sogenannten manisch-depressiven Irreseins), par Kurt SCHNEIDER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 23 sept. 1932, p. 1549.

Ce sont les troubles affectifs — dépression ou hyperthymie — qui représentent l'élément fondamental des psychoses cyclothymiques. En analysant sous cet angle le syndrome clinique, il est généralement facile de distinguer l'état de dépression cyclothymique des états de dépression de nature différente. La discrimination est plus difficile en présence d'un état maniaque. On observe dans la schizophrénie, la paralysie générale, les intoxications, des syndromes maniaques absolument superposables à ceux de la psychose maniaque-dépressive. Les psychoses cyclothymiques doivent être distinguées catégoriquement des psychoses réactionnelles et des constitutions psychopathiques. Là encore la distinction est plus difficile pour les états maniaques, car il existe une hyperthymie constitutionnelle.

Sur 1.053 malades entrés pendant une année à la clinique de Munich, 49 seulement étaient atteints de psychoses cyclothymiques, 48 accès mélancoliques et un seul accès maniaque. Sur les états mélancoliques, 28 appartiennent à l'âge d'involution, leur nature cyclothymique est donc douteuse. Donc la cyclothymie vraie est relativement rare, elle l'est notamment sous la forme de psychose à double forme. La rareté excessive des psychoses cyclothymiques en Rhénanie, où cependant le type morphologique pyknique est très fréquent, conduit l'auteur à discuter les idées de Kretschmer qui ne concordent pas avec les faits. En Souabe par exemple les psychoses cyclothymiques sont fréquentes, mais on y rencontre surtout les types morphologiques qui, selon Kretschmer, appartiennent à la schizoïdie.

E. BAUER.

Le facteur individuel dans les réactions maniaques, par P. R. VESSIE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1932.

Les manifestations psychologiques des accès maniaco-dépressifs traduisent souvent des paroxysmes de l'humeur, des tendances, du caractère que l'analyse permet de découvrir dans le passé du sujet, dans son développement et dans son hérédité. Cependant pour éclairer le problème de la transformation des états dépressifs en réactions maniaques, ou inversement, il faut faire appel à des notions de physiopathologie d'un ordre différent. L'auteur a observé que, dans la grande majorité des cas, l'apparition de désordres nouveaux du métabolisme et des glandes endocrines, d'affections organiques variées, correspondait à la fin d'une phase dépressive précédant une réaction maniaque. Parfois, au lieu de troubles physiques, il s'agissait d'excitation de l'émotivité provoquée par un phénomène psychique fortuit : hostilité ambiante, rêve prophétique.

P. CARRETTE.

Les états maniaques chroniques de l'âge avancé, par M. Bornsztajn. (*Rocz. Psychj.* 1932. Fasc. XVIII-XIX p. 115).

L'étude de quatre cas de manie chronique survenue à l'âge avancé, dont Bornsztajn rapporte des observations détaillées, inspirent à cet auteur les conclusions suivantes :

1° Les états maniaques de cette période de la vie ne présentent pas tous le même tableau clinique et leur origine n'est pas la même.

2° Certains se développent sur un terrain psychophysique maniaque typique. Ils ne diffèrent pas sensiblement des tableaux cliniques habituels. Seule la durée générale de la psychose et l'atténuation, la monotonie et la stéréotypie des symptômes cardinaux (fuites des idées et de l'attention) donnent à cette forme une teinte un peu spéciale. Dans les antécédents de ces malades, existe toujours un passé cyclothymique des plus caractérisés.

3° Dans d'autres cas, la psychose se déclare pour la première fois à l'âge avancé, brutalement. Elle passe à la chronicité sans rémission. La syntonie fait entièrement défaut chez ces malades. La monotonie et la stéréotypie sont poussées à l'extrême. La gaieté est seulement apparente, elle est caricaturale, touchant au grotesque et à la bouffonnerie.

4° Il semble que les états maniaques de l'âge avancé ne peuvent pas être placés dans les cadres de la psychose maniaco-dépressive et méritent d'occuper, au point de vue clinique, une place spéciale.

Fribourg-Blanc.

A propos des états terminaux défavorables dans la Psychose maniaque dépressive, par Galatschian. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXIX (1932), p. 241 à 248.

C'est l'intervention dans la lignée de facteurs schizophréniques qui serait responsable du pronostic fâcheux de ces cas. L'auteur donne un arbre généalogique qui démontrerait une pareille hypothèse. Tout se passerait comme si un porteur hétérozygote de tare schizophrénique et homozygote de tare maniaco-dépressive au cours d'un accès cyclothymique « révélait » sa disposition schizophrénique.

Henri Ey.

Les états de dépression, par Kurt Schneider. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXVIII (1932), p. 584 à 589.

En quelques pages, l'auteur pose clairement la question de l'origine réactionnelle exogène ou endogène des états dépressifs. La lecture de cet article situe exactement le problème dans la Psychiatrie allemande actuelle où le concept de psychose endogène — représentant celui de psychose constitutionnelle chez nous — est primordial. L'auteur essaie de caractériser les états réactionnels autrement que par leur motivation ou leur non-motivation : par des caractères propres, vitaux. Les états dépressifs représenteraient un type de réaction correspondant aux réactions schizophréniques faites de bouderie, d'agressivité et aux réactions cyclothymiques (dystonies de Bostroem) plus passives, plus douces, « élégiaques ». Certaines dépressions endogènes seraient liées au rythme comitial. Il existe en outre des états dépressifs endogènes et exogènes au cours des maladies organiques

diverses. Dans la Schizophrénie on observe des états dépressifs de nature endogène, mais il y a aussi place pour des états de dépression réactionnels.

Henri Ey.

Episodes d'angoisse lypémaniaque et impulsive chez des cardiopathes, par R. de Santis (d'Aquila). (*Annali dell' Ospedale psichiatrico di Perugia*), mars 1932.

L'auteur décrit quelques observations d'épisodes d'angoisse lypémaniaques ou impulsives, épisodes de courte durée, survenues chez des cardiopathes et en particulier chez les aortiques à la faveur de troubles passagers de la circulation cérébrale. Il montre quelle importance les aliénistes doivent attribuer à l'étude et à l'évaluation de ces phénomènes. Il insiste en particulier sur leur rôle au point de vue médico-légal. Paul Abély.

Le syndrome « Neurasthénie », par Albert-Crémieux. *Provence Médicale*, 15 avril 1932.

Crémieux considère, avec Béard, que ce syndrome commun à de nombreux états pathologiques, est une maladie de l'énergie. Il en donne les trois caractéristiques dépressives : physique, intellectuelle et affective, et décrit les petits signes pénibles ; établit le diagnostic différentiel surtout avec l'asthénie, la mélancolie, la confusion ; les causes apparentes toxiques, humorales, infectieuses, etc. ; le mécanisme ; l'évolution et les difficultés de la combattre chez les névropathes constitutionnels et les débiles mentaux, pour terminer par des notes brèves sur la thérapeutique où l'auteur indique le profit que le malade peut tirer des médications sthéniques et antispasmodiques, associées à une bonne direction hygiénique physique et morale.

P. Carrette.

Les rapports de l'individu avec l'entourage dans les névroses, par J. Borowiecki (*Rocz. Psych.*, 1932. Fasc. XVIII-XIX, p. 173.

M. J. Borowiecki analyse le psychisme des sujets atteints de névrose dans ses rapports avec la Société.

A côté de l'hérédité qui représente le facteur endogène, se place le facteur exogène représenté par le milieu et l'influence des éléments extérieurs.

L'expérience acquise dans l'étude des névroses de guerre, des névroses traumatiques, s'élargit considérablement par la conception du traumatisme psychique. Mais le traumatisme s'associe à tout un cortège de facteurs qui contribuent à la formation du psychisme du malade pendant l'ensemble de la vie, depuis l'enfance et surtout à cette période.

L'étude d'autres névroses confirme l'étroitesse des relations qui lient l'individu aux conditions de sa vie passée. Elle fait entrer dans l'analyse des névroses la conception de la régression fondée sur le recul psychique du malade vers l'enfance. Ici les facteurs récents servent à activer le passé individuel, notamment dans les façons infantiles d'adaptation à la réalité, ainsi que dans la réapparition des dispositions psychiques de l'enfance. La réactivité des névrosés traduit le rôle des facteurs extérieurs, mais la façon de réagir s'explique grâce à la connaissance du comportement du malade dans l'existence.

M. Borowiecki rapporte les constatations cliniques personnelles qu'il a

faites à ce sujet et expose les détails d'un cas particulièrement caractéristique suivi depuis plusieurs années. La névrose apparaît comme un conflit des tendances opposées : conscientes, d'une part, inconscientes, de l'autre, mais néanmoins actives dans la plus large mesure. Cette conception c'est le « behavorisme » dont il faut rechercher les origines dans les travaux de Janet et dans les théories sur la dissociation de la personnalité. Ainsi la névrose apparaît comme l'expression d'un conflit des tendances contraires. Ce conflit a un appoint social. Il est caractérisé par l'attitude d'isolement que prend le malade par rapport à sa famille et à son entourage. Ensivagée sous cet angle, la névrose apparaît comme une sorte de conflit des rapports entre l'individu et la Société, c'est comme une solution mal adaptée d'un problème. La sociabilisation s'impose comme but thérapeutique à atteindre. FRIBOURG-BLANC.

Tuberculose et système nerveux, par J. GALTIER. *Le Progrès Médical,* 26 mars 1932.

L'auteur cite des cas de dépression simple, de troubles de l'humeur, d'hypocondrie chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire en évolution. Il a noté constamment des manifestations cyclothymiques, un certain déséquilibre du caractère dans le passé des tuberculeux. Les biographes en rapportent de nombreux exemples parmi les gens célèbres. Galtier admet que la tuberculose, avant de se révéler par des lésions pulmonaires en foyer, évolue sournoisement, créant une intoxication qui se traduit cliniquement par des manifestations névropathiques. P. CARRETTE.

Les crises épileptiques en rapport avec les phénomènes cosmiques, par A. FRESA (de Venise) (*Archivio generale di Neurologia, psichiatria et psicoanalisi*), livre XIII, année 1932.

Se basant sur une étude, poursuivie durant quatre années, des retours des accès épileptiques et des équivalents psychiques chez un sujet malade, en rapport avec les phases lunaires ou les perturbations de la photosphère solaire, l'auteur se croit autorisé à émettre l'hypothèse que les phases lunaires exercent de préférence une action déterminante sur l'apparition des accès moteurs, alors que les perturbations de nature solaire provoquent de préférence des équivalents psychiques (troubles circulatoires, cénesthopathiques, neuro-viscéraux du caractère).

En même temps, Marchand publiait dans l'*Hygiène mentale* un article sur le même sujet. Paul ABÉLY.

Sur quelques formes de délire épileptique, par Henri CLAUDE. *Le Progrès Médical,* 14 mai 1932.

L'auteur fait entrer dans le cadre de l'épilepsie des états délirants survenant chez des sujets atteints par ailleurs de manifestations comitiales évidentes. Il les divise en trois catégories : 1) des délires mélancoliques avec anxiété, préoccupations obsédantes et réactions sthéniques, états mixtes à manifestations pithiatiques, très rebelles aux suggestions thérapeutiques ; 2) des convictions post-oniriques relevant d'équivalents survenant dans le sommeil ; 3) des délires polymorphes consécutifs à des accès amnésiques diurnes répétés, produisant des troubles profonds de la personnalité par pertes de contact avec l'ambiance. P. CARRETTE.

Complexe neuro-psychique consécutif à l'asphyxie par l'oxyde de carbone, par A. VIRCHUBSKI. *Rocznik Psychjatryczny*, nos 18-19, 1932.

Les syndromes observés ont l'allure d'états confusionnels, amnésiques ou hypomaniaques ; le pronostic est favorable. P. CARRETTE.

Troubles mentaux après intoxication par l'oxyde de carbone (Contribution à l'étude des types réactionnels organiques et des états korsakowoïdes), par LAUBENTHAL. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXVIII (1932), p. 365 à 376.

Observation d'un homme de 26 ans accidenté dans un coup de grisou. Il a présenté un syndrome mental complexe au cours duquel sont apparus quelques signes d'atteinte mésocéphalique (somnolence). Ce cas représenterait une confirmation des idées de Gamper sur la localisation des états korsakowoïdes et de celles de Stengel sur les intoxications par le gaz d'éclairage. Henri EY.

Maladies de Pick (atrophie sénile circonscrite) et d'Alzheimer, par F. T. THORPE. *The Journal of Mental Science*, avril 1932.

Le groupe des démences séniles comprend des variétés d'affaiblissements psychiques liés à des lésions circonscrites. D'une systématisation difficile dans la maladie d'Alzheimer, elles forment, avec la maladie de Pick, une variété de scléroses localisées, — dans les lobes antérieurs, — aux faisceaux d'association et aux centres de la parole. Thorpe note l'ensemble des facteurs prédisposants : fragilité vasculaire, tendances à la sclérose, qu'il est possible de mettre en évidence dans les zones superficielles du cerveau, et parfois en outre dans les noyaux de la base et le cervelet chez les ascendants directs du sujet. P. CARRETTE.

Maladie d'Alzheimer, par MM. J. LEY et J. TITECA. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1932).

Observation détaillée d'un cas de maladie d'Alzheimer. Considérations sur le diagnostic positif et différentiel de cette forme de démence.

SENGÈS.

Etude sur la paralysie générale chez les juifs, par B. BORNSTEIN. (*Rocz. Psychiatr.* 1932. Fasc. XVIII-XIX, p. 1.

Bornstein fait une étude comparative de la paralysie générale chez les juifs par rapport à l'évolution de la même affection chez les sujets non juifs en Pologne. Son étude s'étend sur 140 cas et conduit aux constatations suivantes :

1° La paralysie générale est, chez les juifs, relativement plus fréquente que dans la population environnante, bien que la syphilis soit moins répandue chez les israélites.

2° Les raisons alléguées par certains auteurs, tels l'hérédité, la prédisposition aux psychoses, l'influence de la civilisation, n'expliquent pas suffisamment la fréquence de la paralysie générale chez les juifs.

3° La paralysie générale chez les juifs éclate souvent brusquement et la phase de début est écourtée.

4° L'évolution du processus morbide est plus rapide pour aboutir à la déchéance avancée.

5° La forme dépressive est nettement prédominante chez les juifs.

6° Bien que la déchéance psychique soit profonde et rapide, la durée générale de l'évolution de la maladie jusqu'à la mort est plus longue chez les israélites.

7° La malariathérapie donne chez les juifs des résultats moins favorables. Surtout les rémissions complètes sont moins fréquentes.

FRIBOURG-BLANC.

Paralysie générale à son début et psychose intermittente à forme circulaire, par M. Magalhaes LEMOS (de Porto). (*Revue Neurologique,* mars 1932).

Devant un tableau clinique contradictoire, constitué par des signes discordants, l'auteur a hésité entre deux diagnostics : psychose intermittente à forme circulaire et paralysie générale à forme circulaire, tout en inclinant vers la paralysie générale, à cause de la présence de signes physiques à cachet paralytique. Mais l'évolution de la maladie (répétition monotone des accès sans aggravation des signes physiques et *sans traces de démence commençante,* pendant huit ans) ont fait poser le diagnostic de psychose circulaire.

Comme les altérations du liquide céphalo-rachidien ont révélé une réaction méningée ou méningo-encéphalique, l'auteur pense que la psychose se rattachait à cette lésion. A l'appui de cette manière de voir, il rappelle les différents travaux en faveur de l'organicité de la psychose maniaque dépressive, et ceux qui relatent la présence de lésions dans le cerveau de malades atteints de cette psychose.

J. TUSQUES.

Délire systématisé au cours d'une rémission prolongée chez une ancienne paralytique générale malarisée, par le Dr G. VERMEYLEN, (*J. de Neurologie et de Psychiatrie*, janvier 1932).

Apparition, chez une paralytique générale malarisée, en rémission clinique et neurologique depuis 1 an 1/2, d'un état délirant atypique, dont l'aspect psycho-pathologique est différent de celui de la paralysie générale. V... se demande s'il s'agit d'une psychose malarique latente à rapprocher des cas signalés par Leroy, Médakovitch ou d'une psychose interprétative surajoutée.

Il semble pencher pour la première hypothèse, bien qu'on n'ait pu relever la présence d'hématozoaires dans le sang et que la séro-hémo-floculation d'Henri ait été négative.

SENGÈS.

Contribution clinique à l'étude de la paralysie générale infantilo-juvénile, par Lanfranco CIAMPI. *Boletin del Instituto Psichiatrico de la Facultad de Ciencias. Medicas de Rosario,* juillet-décembre 1931.

Il est nécessaire de puiser les éléments du diagnostic de la paralysie générale chez les hérédo-spécifiques dans l'ensemble des signes actuels complétés par les stigmates dystrophiques et l'étude des ascendants. Il est rare de trouver des symptômes de nature syphilitique, mais non pas des manifestations d'origine syphilitique. Du point de vue clinique, Ciampi signale le début fréquent par des ictus, la rareté de la dysarthrie typique,

du délire mégalomaniaque et l'association de syndromes sous-corticaux spasmodiques, choréiformes. Il accorde peu de crédit à la malariathérapie des formes sénile et juvénile de la paralysie générale. P. CARRETTE.

Du syndrome catatonique au cours de la paralysie générale, par B. BORNSTEIN (*Rocz. Psychj.*, fasc. XVIII, 1932, p. 104).

Sur un ensemble de 500 malades atteints de paralysie générale, M. Bornstein réunit et résume, parmi les malades malarisés, les observations de 5 cas dans lesquels le syndrome catatonique donna aux manifestations psychiques une empreinte dominante bien que transitoire.

Le mécanisme de l'installation de ces troubles ne paraît pas être identique dans tous les cas. Il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique entre le rattachement de ce syndrome aux localisations anatomiques ou son origine psychogénétique liée aux troubles de la volonté du malade. Le syndrome catatonique peut être dû à la maladie elle-même, dans d'autres cas il peut se manifester à cause des dispositions constitutionnelles du malade. Enfin l'action du paludisme lui-même ne peut pas être écartée de parti pris. Les processus biologiques éveillés par la malaria ont pu, soit déterminer des localisations du processus pathologique, soit agir par suite de la désagrégation des albumines. M. Bornstein souligne, dans les observations rapportées par lui, le jeune âge des malades ne dépassant pas 30 ans. Ce fait, rapproché des autres conditions encore mal précisées, semble être nettement favorable à l'éclosion de cette forme de troubles. FRIBOURG-BLANC.

Paralysie générale et syphilis des organes, par W. NOWICKI. (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XVII, 1932, p. 14-25).

En se basant sur les résultats de 456 autopsies de paralytiques généraux, M. Nowicki étudie le rapport des processus métasyphilitiques avec la syphilis organique sous ses formes diverses. L'état constitutionnel et la race ont une influence incontestable sur l'évolution de la syphilis, car ils sont liés intimement aux particularités du système de défense de l'organisme. L'hypothèse d'une variété spéciale du tréponème neurotrope est peu probable. Par contre, les facteurs adjuvants paraissent jouer un rôle important (alcoolisme, toxicomanie, maladies infectieuses, etc...).

Il est intéressant de souligner certaines affinités et certains antagonismes dans les manifestations syphilitiques, telles l'immunité relative des races de couleur pour la syphilis nerveuse, la fréquence des manifestations métasyphilitiques chez les individus chez lesquels les accidents primaires et secondaires étaient particulièrement atténués, telle encore l'association fréquente de la kératite interstitielle et de la syphilis articulaire.

Une association très fréquente est représentée par la paralysie générale et l'aortite spécifique rencontrée par M. Nowicki dans plus de 49 0/0 de la totalité des autopsies. Entre 40 et 60 ans, la mésoaortite se rencontre dans 66,6 0/0 des cas et entre 60 et 70 ans dans 100 0/0 des cas. Cependant cette mésoaortite est bénigne, elle n'est accompagnée ni de lésions valvulaires ni de lésions coronariennes.

Chez les paralytiques généraux la syphilis des autres organes est rare. M. Nowicki ne la rencontre que dans 1,53 0/0 des cas, principalement sous forme de gommes de divers organes. Cette rareté des manifestations de

syphilis tertiaire du côté des organes de la vie végétative, constatée sur un nombre d'autopsies indiscutablement important, semble traduire soit nn certain état d'allergie des organes, soit l'amoindrissement de la virulence des tréponèmes qui ne peuvent plus déterminer des lésions nonvelles dans les organes. FRIBOURG-BLANC.

Etude clinique et hérodologique sur les cas d'oligophrénie rencontrés dans une population paysanne du nord de la Suède. (Klinisch und vererbungs medizinische Untersuchungen über Oligophrénie in einer nordschwedischen Bauernpopulation), par Torsten SJOGREN, 1 fascicule de 121 pages, 2e supplément, année 1932, des *Acta psychiatrica et neurologica,* Copenhague.

L'auteur a rencontré une forme spéciale d'oligophrénie, chez 52 sujets appartenant à 34 familles apparentées en partie par leurs ancêtres. Il est permis de penser qu'il s'agit d'une affection autonome. Cliniquement, elle est caractérisée par une arriération mentale profonde, congénitale et stationnaire. Le niveau mental varie entre 3 et 6 ans. Le langage est dysarthrique, souvent agrammatique. L'attitude est raide, pithécoïde ; la démarche lente et lourde. Des crises épileptiformes n'ont pas été observées. Aucune particularité n'a été constatée ni à l'examen ophtalmoscopique, ni à l'étude de la cytoarchitectonique du lobe frontal dans 5 cas. L'auteur a fait une enquête familiale et hérédologique très approfondie sur ces malades. Ceux-ci appartiennent plus souvent au sexe masculin. Mais la transmission héréditaire, selon un mode hétérozygotique et probablement monohybride, paraît se faire plus souvent par voie maternelle que par voie paternelle. E. BAUER.

Une conversion comme contenu d'une psychose carcérale chez un criminel oligophrène, par F. WEIL (de Zurich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro und Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahier 1 et 2, pages 152 à 172.

Contribution à l'étude des psychoses réactionnelles de situation. Cette observation est très longuement exposée dans ses détails. Elle est suivie d'une courte bibliographie faite surtout de travaux sur les psychoses psychogènes ou de situation.

Henri EY.

PSYCHOLOGIE

La psychologie fonctionnelle, par CLAPARÈDE. (*Revue philosophique*, janvier-février 1933).

La psychologie fonctionnelle est celle qui envisage les phénomènes psychologiques du point de vue du rôle qu'ils jouent dans la vie, du point de vue de leur utilité pour l'individu ou l'espèce, autrement dit du point de vue de leur correspondance avec les besoins, ceux-ci étant la condition même de l'adaptation. Cette conception n'est nnllement métaphysique ni mystique ; elle est biologique puisque l'adaptation ou exécntion des réactions nécessaires pour parer à la rnpture de l'équilibre annoncée par le besoin est le phénomène qui caractérise les corps vivants. Elle force à considérer les processus organiques par rapport à leur bnt on à leur utilité. C'est ainsi que l'intelligence apparaît comme un processns qui a ponr

fonction de résoudre un problème de moyens, de résoudre par la pensée une situation nouvelle, tandis que la volonté apparaît au contraire comme un processus qui a pour fonction de résoudre un problème de fins, de résoudre par la pensée le choix entre plusieurs directions.

Ce point de vue fonctionnel est utile et commode parce qu'il permet de délimiter les phénomènes et d'apercevoir les relations qui échappent au point de vue structural. Par rapport à celui-ci, il est dans l'investigation mentale ce qu'est dans l'investigation microscopique le faible grossissement au gros grossissement. Il permet l'établissement de lois fonctionnelles régissant la conduite de l'être vivant, lois parmi lesquelles tout le monde connaît celle du désintérêt, par quoi l'auteur explique la production du sommeil.

L'homme de science doit accepter toute hypothèse qui lui est commode pour relier les faits entre eux et pour les prévoir, conclut l'article qui est le résumé d'une communication au X^e^ congrès international de psychologie de Copenhague 1932. Point n'est besoin de souligner ici, tellement elle est évidente, la commodité d'une telle hypothèse pour l'interprétation des faits psychiatriques.

Paul COURBON.

L'homme et sa condition, par Fr. PAULHAN. (*Revue philosophique,* janvier-février 1932).

Variations philosophiques sur le thème inépuisable de la misère et de la grandeur humaines. Celles-ci sont la résultante des effets réciproques de la constitution même de l'homme et de la société au milieu de laquelle il doit vivre. L'instabilité des tendances, la facilité avec laquelle leurs éléments se dissocient conditionnent ce déséquilibre humain. De là nos perpétuelles contradictions, notre perpétuel mécontentement, notre infatigable aspiration vers la perfection et notre malaise auprès d'elle, notre besoin et notre intolérance d'autorité.

D'une part, la situation de l'homme est doublement tragique par le contraste effrayant entre l'œuvre rêvée et les instruments pour l'exécuter, d'autre part, par la disproportion effrayante entre la puissance de ces instruments et la minime provision de forces qu'il possède pour les manœuvrer.

Pour parer à cette situation dans la mesure du possible, il faut créer en soi, à côté des deux esprits habituels : l'individuel par lequel on est soi, le social par lequel on est en même temps les autres, un troisième esprit. Ce tiers esprit, pour juger et concilier les deux autres, usera de cette ironie sympathique et apitoyée que l'auteur a depuis longtemps préconisée comme règle morale, et amènera ainsi quelque apaisement.

Remarquons qu'Anatole France enseignait cette morale quand il nous engageait à donner à nos actions l'ironie et la pitié pour témoins.

Paul COURBON.

Vitalisme, Mnémisme, Energisme (Vitalismus, Mnemismus, Energismus), par K. FRANKHAUSER. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* Vol. 141^e^, fasc. 1-2, 1932.

Cet article, dû à la plume de notre distingué maître et collègue de l'Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin) contient une polémique véhémente contre les

idées exposées par Bleuler dans son ouvrage *Mécanisme, Vitalisme, Mnémisme*. Bleuler qui parle de ces conceptions matérialistes et monistes est en réalité vitaliste et dualiste. Le mnémisme dont il se déclare partisan, n'a rien à faire avec le mnémisme de Semon. La doctrine vitaliste signifie une régression ; « le psychoïde » de Driesch, « la psychoïdie » de Bleuler sont des mots sans contenu ; le vitalisme est la négation de la logique et de la méthode scientifiques. Le mnémisme de Semon a eu le mérite de rompre avec l'orthodoxie de Weissmann et de revenir aux idées de Lamarck, dont Darwin avait encore admis le principe. Il a assigné à l'organisme sa juste place entre le monde extérieur et le plasma germinal. Mais la théorie de l'induction, telle que l'expose Semon, et sa conception du rôle de l'engramme sont critiquables, ne constituent pas un progrès, risquent même d'entraver tout progrès parce qu'elles peuvent être le point de départ de spéculations mystiques. La même critique peut être faite au mnémonisme de Rignano. Les acquisitions de la chimie moderne jettent une lumière nouvelle sur les théories de Buffon et de Darwin, montrent que certaines objections faites à ces théories (par Naegeli entre autres) étaient injustifiées. Reprise sous une forme moderne en y introduisant la théorie des énergones (Frankhauser), la théorie de l'hérédité de Darwin-Buffon répond bien mieux aux faits que les théories de préformation de Naegeli, Weissmann et Semon,

E. Bauer.

PSYCHANALYSE

Contribution à la psychopathologie de la vie quotidienne, par Fernando Gorriti. *La Semana Médica*, avril 1932.

L'étude de notre inconscient requiert l'emploi de techniques assez spéciales que Freud et son école ont développées dans d'intéressantes relations. De même que la résistance des sujets malades est parfois longue et difficile à vaincre, ainsi l'adaptation des individus normaux et celle des médecins est, dans certains cas, très laborieuse. Gorriti analyse les causes de cette résistance. La répression sexuelle la plus forte conduit à un symbolisme plus parfait et plus complexe, suivant les conclusions de Jones. La réalisation inconsciente de ce symbolisme est une sublimation plus ou moins élevée, protégée par la censure que nous voyons s'atténuer ou disparaître dans les états psychopathiques.

P. Carrette.

Le dynamisme de la démence précoce ; à quoi rêvent les déments précoces ? La psychanalyse pharmacodynamique permet d'explorer leur psychisme, par Mlle C. Pascal. *La Presse Médicale*, 13 avril 1932.

La théorie dynamiste met la démence précoce sur le terrain psychopathologique. Elle néglige le côté lésionnel. Les altérations du cerveau n'expliquent pas la schizophrénie qui est pratiquement un défaut d'adaptation à la réalité, une erreur dans la conduite de la vie, motivée par des traumatismes psychiques, favorisée par une hérédité favorable au développement de ces sortes d'attitudes pathologiques. Tout le problème thérapeutique se trouve bouleversé par cette conception. Si les malades anciens sont fixés et incurables, ceux qui sont soignés au début peuvent être réadaptés par une psychanalyse affective et symboliste, c'est du moins la théorie que

soutiennent Jung, Maeder, élèves de Bleuler. Pour obtenir la libération des complexes des malades, Mlle Pascal croit qu'on peut, plus simplement, s'adresser à la fièvre et à l'ivresse provoquées qui « font parler ». Elle utilise, surtout pour le diagnostic, des excitations par la vue de photographies, l'audition de la musique, la perception des odeurs ; elle a recours également aux agents pharmacodynamiques, tous moyens destinés à provoquer des associations d'idées et des réactions émotives. P. CARRETTE.

Psychanalyse d'Emily Brontë, par C.-J. BEAUVOIS. *Le Progrès Médical,* 9 avril 1932.

L'œuvre d'Emily Brontë a fait l'objet de commentaires en général enthousiastes de la part du public anglo-saxon. Les « Hauts-de-Hurlevent » demandent, pour être expliqués, l'étude du milieu social, et c'est ce qu'ont fait des médecins psychologues, comme Lucile Dooley, qui décrivent le cercle de famille de l'auteur. Dans ses admirables pages sur l'amour, dans ses aperçus vigoureux sur le rôle de la femme, Emily Brontë témoigne d'une profondeur psychologique à propos de laquelle Beauvois essaye de déterminer les parts respectives du génie, de l'éducation et de la culture.

P. CARRETTE.

Analyse critique de la théorie de Freud, par A. WIRSZUBSKI (*Now. Psych.*, t. IX, IIIe et IVe trimestres, p. 155).

Il est avéré que la pensée humaine oscille fréquemment entre les extrêmes. Sous l'influence des progrès étourdissants de la chimie, de la physiologie et de l'anatomie pathologique réalisée à la fin du XIXe siècle, la psychothérapie a penché, d'une façon excessive, vers les recherches dictées par les conceptions matérialistes.

Par un retour des choses, à la suite de l'étude des phénomènes d'hypnose et de suggestion, apparaît la méthode de traitement psychique par la psychanalyse de Freud. Wirszubski combat cette tendance en s'appuyant sur les arguments qui lui sont fournis par de nombreux auteurs tels : Hoche, Aschaffenburg, H. Klepetar, Ch.-C. Maylan, A. Friedlander, S. Placzak, R. Allers et Bechterew.

La pensée créatrice de Freud est fortement imprégnée par la formation d'esprit de cet auteur qui le rattache à ses origines israélites. La tendance à l'interprétation des idées, à leur symbolisation ressemble étonnamment à la méthode dite : « pilpul » (poivre) des auteurs du Talmud. Le conflit moral, si fréquent chez les israélites toujours persécutés, devient l'origine de la conception de Freud pour lequel le conflit moral détermine la névrose.

FRIBOURG-BLANC.

NEUROLOGIE

Contribution clinique à la connaissance de la Kinésie paradoxale, par FRANCESCO LEONE (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici,* janvier 1932.

L'auteur étudie d'abord la kinésie paradoxale au point de vue clinique et symptomatologique en se rapportant à ses propres observations et aux

données de la littérature médicale se rapportant à cette question. Il divise la kinésie paradoxale en partielle et totale. Cette dernière se rencontre surtout associée à des phénomènes très accentués d'émotivité pendant le sommeil ou immédiatement après le sommeil.

Il met la cause de ces états, non sur des motifs déterminés par la volonté, mais sur des origines psychiques émotives. Après avoir exposé les diverses hypothèses émises à ce sujet, l'auteur confirmant en l'amplifiant celle qu'il a émise dès 1923. Pour lui, la kinésie paradoxale doit être considérée comme un réflexe émotif dont les centres. en se basant sur la théorie sous-corticale des émotions soutenues par Buscaino, doivent être recherchés dans le cerveau médian et intermédiaire. Il attribue à la volonté une influence secondaire simplement adjuvante. Il cherche à expliquer la kinésie paradoxale onirique ou celle qu'on observe immédiatement après le réveil en les considérant comme liées à l'émotion qui caractérise la vie psychique du sommeil. Il termine en concluant qu'on doit envisager la kinésie paradoxale comme dépendant d'un unique mécanisme génétique qui est l'expression d'une atteinte pathologique anatomique du système extra-pyramidal.

Paul ABÉLY.

Les névralgies cranio-faciales d'origine nasale et pharyngée, par José Duerto SERON. *La Médicina Argentina*, mars 1932.

Il s'agit de sujets prédisposés par des sinusites anciennes, l'infection se transmettant aux cavités frontales, ou atteints de malformations osseuses de la cloison, de la voûte palatine. Dans les rhinites, le point de départ est au niveau des terminaisons nerveuses pituitaires ; la transmission des sensations douloureuses s'effectue par le système trigéminosympathique.

P. CARRETTE.

Hémiatrophie faciale progressive. Observation de 3 cas, par LA SALLE ARCHAMBAULT et Nelson K. FROMM. *Archives of Neurology and Psychiatry*, mars 1932.

Il résulte des considérations des auteurs que les désordres anatomiques initiaux doivent être attribués au sympathique cervical. Le syndrome évolue généralement chez la femme ; il atteint plus fréquemment le côté gauche. On retrouve dans l'étiologie les états infectieux les plus variés et parfois aussi des traumatismes facio-cervicaux. La parenté de l'affection avec la sclérodermie est indéniable et les conditions pathogéniques ne peuvent pas être actuellement fixées.

P. CARRETTE.

Paralysie diphtérique avec myoclonies, par André-THOMAS. *La Presse Médicale*, 12 mars 1932.

L'origine des complications nerveuses de la diphtérie est multiple. Dans certains cas les lésions siègent sur les nerfs, parfois les altérations du liquide céphalo-rachidien plaident en faveur d'une atteinte radiculaire. Les secousses myocloniques sont attribuées à des lésions centrales, mais l'auteur tend à écarter l'origine mésocéphalique dans le cas qu'il présente. Il croit plutôt à une atteinte de la moelle et des cornes antérieures. Les injections de sérum ont amené la guérison des troubles paralytiques

(qui s'étendaient au voile du palais, à l'accommodation et, inégalement, aux membres), ainsi que des myoclonies. P. CARRETTE.

Paralysie causée par l'éther tri-ortho-crésylphosphorique, par M. L. VAN ITALLIE, correspondant (*Bull. de l'Acad. de Médecine,* 23 février 1932).

Il s'agit des troubles polynévritiques produits chez un certain nombre de femmes par l'absorption de capsules d'apiol. Un aperçu des cas et un nouveau cas ont été récemment décrits par Trillat et Thiers (*Ann. de Médecine,* vol. XXX, 1931). L'auteur relate un cas personnel observé à la Clinique neurologique du Wilhelmina Gasthuis à Amsterdam. La symptomatologie consiste en troubles parétiques discrets aux membres supérieurs (pouces), plus marqués aux membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens, sans troubles de la sensibilité ni ataxie. L'évolution est lente. Les symptômes sont à rapprocher de ceux de la *ginger paralysis* observée aux Etats-Unis.

M. L. Van Itallie et Mlle Harmsma ont pu reproduire chez des lapins les symptômes de la paralysie par ingestion d'apiol et d'éther crésylique extrait des échantillons d'apiol.

SENGÈS.

ANATOMIE

Encéphalopathie chronique progressive vasculaire sous-corticale, par Frédéric J. FARNELL et Joseph H. GLOBUS. *Archives of Neurology and Psychiatry,* mars 1932.

L'encéphalite subcorticale décrite par Binswanger en 1894 est une variété de sclérose sénile intéressant presque uniquement la substance blanche hémisphérique. Les auteurs détaillent une observation, avec examen histologique, d'un cas répondant à la description classique. L'évolution a été rapide ; des manifestations de rigidité décérébrée correspondent à des altérations des ganglions de la base et en particulier du locus niger. L'absence de lésions inflammatoires est caractéristique et le terme d'encéphalite est mal choisi pour désigner cette variété de sclérose cérébrale qui est en réalité une encéphalopathie vasculaire progressive sous-corticale.

P. CARRETTE.

Un cas de parkinsonisme junévile avec encèphalite à base anatomique propre. (Dégénération colloïde des cellules ganglionnaires), par BIONDI. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. ünd Psych.,* juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 226 à 251.

Cette observation est celle d'un jeune homme mort à 17 ans, qui a présenté en 1916, à l'âge de 14 ans, un syndrome neurologique complexe à type parkinsonien, avec troubles psychiques et ultérieurement signes d'irritation pyramidale. L'étude histologique de ce cas est très détaillée et admirablement illustrée. Signalons simplement que le pallidum, le striatum et le noyau rouge étaient intacts. Le thalamus, au contraire, présentait de nombreuses altérations. L'écorce cérébrale était également très touchée. La moelle présentait de grosses lésions avec enclavements colloïdes.

Henri EY.

La question de l'œdème cérébral (Considérations physiques et histologiques), par A. SCHLUTER et H. E. NEVER. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 172 à 189.

C'est une étude portant sur 50 cerveaux qui ont été examinés, pesés et mesurés pour déterminer le rapport de Reichardt (relation entre le volume cranien et le poids du cerveau) modifié par les auteurs. Le poids spécifique du cerveau a été trouvé de 1.037 dans les œdèmes cérébraux, et de 1.055 dans les atrophies cérébrales (au lieu de 1.045, chiffre normal). Les auteurs insistent sur les relations de la péritonite et de l'œdème cérébral. Une énorme bibliographie suit cette étude. Henri EY.

Les lésions cérébrales des états urémiques, par M. HECHST (Bela) de Budapest. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, avril 1932, Tome CXXXIX, Cahier 3 et 4, pages 544 à 588.

Cette longue et intéressante étude qui repose sur l'étude clinique et anatomique de 24 cas établit que, aux diverses formes cliniques de l'urémie (coma urémique, forme éclamptique de Volhard, intoxication urémique des hypertendus) ne correspondraient pas des lésions spécifiques. Ce que l'auteur a trouvé (importance des lésions vasculaires, prédominance sur le striatum) lui paraît exprimer plus que l'intoxication urémique elle-même, l'état de déficience rénale. Un cas de néphrite chronique sans phénomènes urémiques offrait les mêmes altérations. Bibliographie de la question.

Henri EY.

Empoisonnement par le plomb. Etude histopathologique du système nerveux du chat et du singe dans les états aigus et subaigus, par Armando FERRARO et Rafael HERNANDEZ. *The Psychiatric Quarterly*, janvier et avril 1932.

L'ingestion et les injections intraveineuses de carbonate de plomb ont été tentées par les auteurs pour fixer l'ordre des lésions et leur mode d'extension. Les lésions portent sur le système musculaire, les nerfs et le névraxe. C'est dans le système nerveux central qu'on trouve les lésions capitales et primitives. Il s'agit d'encéphalopathie diffuse avec destruction massive des cellules nerveuses, surtout dans le cortex cérébral. Tandis que le processus de prolifération gliale est modéré, l'œdème des vaisseaux est intense et les lésions portent surtout sur l'endothélium. Les lésions médullaires, les altérations des fibres de la substance blanche sont plus discrètes, mais constantes. Les racines motrices et sensitives participent au processus dégénératif, de même que les fibres musculaires atrophiées, atteintes de dégénérescence graisseuse. P. CARRETTE.

Les nerfs vasculaires intracérébraux, par Wilder PENFIELD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, janvier 1932.

De nombreux problèmes de physiopathologie cérébrale sont liés aux modifications vasculaires intracraniennes. Longtemps on a enseigné qu'il s'agissait de faits d'ordre purement mécanique, les vaisseaux subissant passivement les changements imprimés par les écarts de pression. Ils auraient donc été dépourvus de contrôle vaso-moteur. Les recherches his-

tologiques de Penfield aboutissent à des résultats tout différents. Les nerfs vasculaires intracérébraux et intramédullaires existent au même titre que ceux des méninges. Leur réseau plexiforme continue celui de la pie-mère, mais ses fibres sont amyéliniques. Des réflexes vaso-moteurs intra-nerveux seraient donc possibles. P. CARRETTE.

Le territoire du pneumogastrique dans l'innervation du tube digestif, par Gaëtan JAYLE et Jean CABANAC, *La Presse Médicale*, 6 février 1932.

La notion classique de l'innervation de l'intestin par le vague jusqu'à la valvule iléo-cæcale n'est plus admise aujourd'hui. On a isolé des branches, formées de fibres grises, se rendant au côlon transverse et même un plexus mésentérique inférieur, relai des voies motrices destinées au côlon gauche et au rectum. Le sympathique étant supprimé, anatomiquement ou fonctionnellement, le pneumogastrique commande les contractions intestinales et, dans la partie terminale, supplée de même à l'action des nerfs pelviens.
P. CARRETTE.

Caractéristiques histopathologiques des nerfs périphériques chez les patients amputés pour artériosclérose, par Joseph B. PRIESTLEY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1932.

Les filets nerveux ont subi la dégénérescence wallérienne et les altérations sont proportionnelles au degré des lésions vasculaires. L'auteur en conclut qu'il y a dans nombre de névrites une origine périphérique circulatoire. Cette opinion semble confirmée par le fait que les phénomènes douloureux névritiques s'améliorent considérablement par l'institution d'une thérapeutique agissant favorablement sur l'état des vaisseaux et sur la circulation locale. P. CARRETTE.

La zone de jonction myoneurale à l'état normal et dans quelques cas pathologiques, par MM. NOEL et POMMÉ. (*Revue Neurologique*, avril 1932).

Les auteurs présentent une étude cytologique fine de la plaque motrice chez l'animal et chez l'homme, assimilent le protoplasme de la plaque motrice, non pas au sarcoplasme, comme il est classique, mais à la névroglie périphérique de Nageotte. Ils présentent des préparations de biopsies prélevées chez un malade atteint de myopathie atrophique progressive acquise. On observe la disparition du chondriome de la sole de la plaque motrice, au fur et à mesure de l'évolution du processus morbide.
J. TUSQUES.

BIOLOGIE

Études toxicologiques expérimentales, par A. MEYER. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, avril 1932, Tome CXXXIX, Cahiers 3 et 4, pages 420 à 434.

Ce travail continue les recherches entreprises par l'auteur sur l'intoxication par l'oxyde de carbone et les altérations cérébrales qu'elle détermine. Il s'attache particulièrement dans cet article à des considérations phylogénétiques. Les notions de pathoklise de C. et O. Vogt ou la théorie de

Spielmeyer (Kreislanf théorie) ne le satisfont pour expliquer l'action élective du CO sur le pallidnm. L'autenr est d'accord avec Ferraro et Morisson qnant à la non-fixation de CO sur le pallidum des lapins et des cobayes, tandis que chez le chien on trouve une localisation pallidale de l'intoxication. Henri Ey.

Poisons autochtones de nature lysocithinique dans le cerveau, par Pighini (Giacomo). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. ùnd Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 218 à 226.

L'auteur pense, après examen de 12 cerveaux malades (paralysie générale, démence précoce, démence sénile, parkinsonisme) qu'il existe un trouble important des phosphatides cérébrales, sous l'influence d'une action fermentative. Par là s'explique l'accumulation dans le cerveau de corps qui naissent de la dislocation enzymatique des phosphatides et les propriétés biologiques de la lysocithine. Henri Ey.

Action spasmodique expérimentale de la spartéine : influence du valérianate de spartéine sur les convulsions caféiniques, par Fernand Mercier et A. Krijanovsky. *Annales des Laboratoires Clin*, mars-avril 1932.

Le valérianate de spartéine exerce une action antispasmodique, aussi bien locale que générale ; il paralyse les fonctions motrices de la moelle. Chez le chien chloralosé, il empêche, à doses suffisantes, les convulsions caféiniques et cet effet est non seulement curatif, mais aussi préventif.

P. Carrette.

L'action de la bulbocapnine sur les animaux et les diverses lésions expérimentales du système nerveux, par A. Ferraro et S. E. Barrera. *New-York Neurological Society and New-York Academy of Medicine, Section of Neurology and Psychiatry*, joint meeting du 10 novembre 1931. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1932.

Il s'agit d'un essai de contrôle et d'interprétation des travaux de Schaltenbrand et Krause d'une part, de de Jong et H. Baruk d'autre part. Des expériences récentes, un fait reste acquis : il est possible de reproduire des phénomènes cataleptiques par l'usage d'agents toxiques, même chez des animaux privés de cortex cérébral. Il paraît donc démontré que ces manifestations sont d'origine chimique et secondairement mécanique, alors qu'on les considérait autrefois comme étant de nature psychopatologique. Cependant les auteurs ajoutent qu'il est prématuré d'établir une assimilation complète entre la catalepsie expérimentale et la catatonie humaine. Celle-ci est nn fait complexe dont le composant moteur seul peut actuellement être interprété expérimentalement. P. Carrette.

La pathogénèse des infections microbiennes anaérobies dans les formes légères et graves des psychoses avec recherches expérimentales, par W. M. Ford-Robertson. *The Journal of Mental Science*, janvier 1932.

Le matériel de travail de l'auteur porte sur 450 cas : troubles physiques, psychoses avérées, états psychonévrotiques, manifestations prodromiques, pour lesquels des examens cyto-bactériologiques ont pn être pratiqués sur

toutes les humeurs de l'organisme avec contrôle par des cultures et des inoculations.

Les amygdales et le tractus intestinal hébergent des microbes anaérobies du groupe diphtérique en association avec d'autres bactéries. Le leptothrix et l'anaérobie de Klebs-Loeffler se sont montrés normalement non virulents pour le cobaye, mais leur pullulation est signalée dans les foyers infectieux du côlon et ils s'associent alors à des agents pathogènes dont ils augmentent la nocivité. Dans un grand nombre de psychoses, ces constatations bactériologiques sont effectuées. Elles sont, de loin, les plus importantes de toutes celles que l'on peut faire sur les humeurs de l'organisme. Le côlon est le foyer, sans cesse renouvelé, de toxines qui ont une action élective sur le système nerveux central. L'auteur montre aussi que les terminaisons du système autonome et les fibres du plexus d'Auerbach sont atteintes de lésions dégénératives. Les neurotoxines gagnent les centres par la voie nerveuse et par le système circulatoire.

Le rôle important joué par les microbes de la famille du Klebs-Loeffler impose à l'esprit une question : pourquoi la diphtérie n'est-elle pas plus fréquente chez les névropathes et les aliénés ? L'auteur attribue la rareté de cette forme d'infection à l'immunisation conférée par la lutte que soutient l'organisme contre l'anaérobie. P. CARRETTE.

Sur la possibilité de produire et d'étudier dans le domaine psychique les manifestations de l'énergie radiante. Son utilité au point de vue diagnostique et thérapeutique, par L. BATONI (de Livourne). *Archivio générale de Neurologie. Psychiatrie et Psychanalyse*). Année 1932, volume XIII.

Partant du principe énoncé en 1930 par Lévi Bianchini et Moriondi, sur la possibilité de découvrir l'équation des radiations émanant de la substance cérébrale humaine vivante, dans les conditions normales ou pathologiques, Batoni démontre la parfaite possibilité de mettre en pratique ce principe précédemment cité. L'auteur, qui est en même temps ingénieur, décrit un appareil de sa composition basé sur le système de la « cellule photo-électrique ». Paul ABÉLY.

Utilité du Métabolisme basal pour le diagnostic et le traitement de certaines psychoses atypiques par D. MORAT. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, n° 3, 1932.

Quatre malades de Morat, anxieux délirants en état de dénutrition, présentaient, contrairement à toute attente, une élévation sensible du métabolisme basal. Les troubles psychiques et neuro-végétatif étaient beaucoup plus apparents que les signes de maladies de Basedow qui furent cependant observés, quoique discrètement, au cours de l'évolution. Le traitement iodé s'est montré efficace, tout au moins contre les manifestations aiguës du début. P. CARRETTE.

La recherche du métabolisme basal dans les maladies mentales selon l'épreuve de l'apnée volontaire proposée par Laignel-Lavastine, par Pietro AMODEO (de Mantoue). *Rivista Sperimentale di Frenatria* (juin 1932).

L'auteur a recherché, sur plus de 100 sujets, atteints de maladies mentales diverses, la durée de l'apnée volontaire, essayant d'étudier la valeur

sémiologique chez les psychopathes de la méthode proposée par Laignel-Lavastine. Parallèlement à ces expériences, il a, selon la méthode de Krestchmer, étudié le type morphologique de chaque sujet et a essayé de comparer la durée de l'apnée volontaire avec le type morphologique constitutionnel. Les conclusions sont les suivantes :

1° Il n'existe pas de rapport entre les types de constitution décrits par Krestchmer et la durée de l'apnée volontaire.

2° Les résultats obtenus chez les malades mentaux post-encéphalitiques ne nous ont pas permis d'affirmer d'une façon sûre que le métabolisme basal était, chez ces sujets, inférieur à la normale.

3° La méthode clinique proposée par Laignel Lavastine pour rechercher le métabolisme basal des psychopathes d'après l'épreuve de l'apnée volontaire ne nous a pas donné les résultats espérés.

Paul ABÉLY.

Maladies osseuses et troubles du métabolisme calcique ; à propos de la guérison de deux cas de maladie de Paget et de Recklinghausen, par P. DELMAS-MARSALET. *La Presse Médicale,* 20 février 1932.

Les recherches récentes sur la calcémie, la connaissance plus complète des parathyroïdes et l'introduction en thérapeutique de la vitamine D ont fait progresser l'étude de certaines maladies comme celle de Paget et de Recklinghausen. L'auteur a associé l'ergostérine irradiée au gluconate de calcium, d'abord en injections intramusculaires, puis sous forme de granulés par voie buccale dans le premier cas et a obtenu en persévérant pendant 1 an 1/2 une guérison contrôlée radiographiquement ; les os encore épaissis étaient nettement recalcifiés. Des résultats analogues dans la maladie de Recklinghausen permettent d'envisager une conception uniciste des 2 maladies. La première correspondrait surtout à l'insuffisance d'apport calcique ou à sa déperdition ; la seconde à sa mobilisation anormale.

P. CARRETTE.

Recherches sur le Calcium du sang et sur l'excitabilité neuro-musculaire dans les formes post-encéphalitiques, par S. QUADRI (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici,* janvier-février 1932.

L'auteur veut démontrer qu'à côté des lésions nerveuses de la maladie de Parkinson existent des troubles importants de l'équilibre chimico-physique du sang. Il accorde une importance toute particulière à l'acidose compensée qu'il a rencontrée dans 16 cas sur 18 examinés. Il constate une diminution légère de l'excitabilité nerveuse et musculaire parallèlement à un déséquilibre du taux du calcium ionisé du sang, taux constamment augmenté.

Dans un deuxième chapitre de son travail, il essaye d'établir les relations qui existent entre l'acidose et les troubles de l'équilibre du calcium avec tous les autres symptômes morbides et il conclut qu'il s'agit dans tous les cas d'altérations importantes du système neuro-végétatif.

Paul ABÉLY.

Etude parallèle du réflexe psycho-galvanique et de l'index hyperglycémique dans les psychoses, par Madeleine R. Lockwood. *The Journal of Mental Science*, avril 1932.

Les deux tests utilisés par M. R. Lockwood ont pour objet la mesure de réactions émotives. Il y a un parallélisme constant entre l'élévation des deux indices et l'augmentation de la tension émotionnelle d'une part ; le retour à un état émotif normal et la décroissance des indices d'autre part. Ces résultats sont indépendants du diagnostic clinique de la psychose.

P. Carrette.

L'éphédrine dans la circulation et les réactions glycémiques au cours des psychoses, par Kenneth E. Appel et Harold D. Palmer. *Archives of Neurology and Psychiatry*, janvier 1932.

Ces investigations visent surtout à établir la différence de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive par les procédés biologiques. L'injection intraveineuse d'hydrochlorure d'éphédrine élève considérablement la pression sanguine des maniaques-dépressifs, fait tomber le taux de leur glycémie pour le relever très provisoirement après quelques minutes. C'est l'inverse de ce qui se produit normalement. Chez les schizophrènes, le taux s'élève considérablement. Ils se comportent comme les sujets atteints de désordres endocriniens, comme le montrent les expériences pratiquées dans trois cas de dystrophie pituitaire, un cas d'hypothyroïdisme et un autre de diabète insipide. L'irritabilité sympathique du maniaque-dépressif s'oppose à l'inertie du dément précoce. Ces résultats sont d'un grand intérêt pour le diagnostic par la détermination des différences physiologiques qui séparent les réactions du type affectif des états schizophréniques dont la formule est plutôt celle des dystrophies glandulaires.

P. Carrette.

Des albumines du sang chez les schizophrènes à forme cyclique, par D. Schriver et S. Schriver-Hertzberger (d'Apelddoorn-Hollande). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 226 à 251.

Continuant leurs intéressants travaux, les auteurs ont étudié 13 sujets normaux et 123 psychopathes, au point de vue des produits de désintégration protéique. L'intensité de cette désintégration a montré un double intérêt pronostique et diagnostique. On trouvera dans cet article un exposé de leur méthode rigoureuse d'analyse et de dosage.

Henri Ey.

Les variations du *p*H sanguin chez les dèments précoces et les épileptiques sous l'action de substances pharmacodynamiques, par Annibale Puca et Vincenzo Fragola (de Catanzaro). *Note et Rivista di Psichiatria*, Avril 1932.

Les variations du *p*H sanguin chez ces deux catégories de malades peuvent, d'après les auteurs, se résumer ainsi :

Le dément précoce réagit d'une façon très torpide à l'adrénaline et à l'atropine, inversement se constate une réaction vive dans le système d'équilibre acide-base vis-à-vis de la pilocarpine et de l'ésérine. Il semble que dans ces cas se rencontre une grande lenteur des réactions sympathiques et au contraire un certain état d'hypervagotonie.

L'épileptique réagit bien à l'adrénaline, d'une façon paradoxale à l'atropine et à la pilocarpine, très faiblement à l'ésérine. L'épileptiqne a nne instabilité évidente du système végétatif mais avec une légère tendance à l'hypersympathicotonie.

« En conclusion, disent les auteurs, nos présentes recherches faites sur le comportement du *p*H, étudié selon la formule d'Hasselbach, chez ces deux catégories de malades, ne permettent aucnne conclusion précise. »

Paul Abély.

Les variations de l'équilibre électrolytique du sang des déments précoces et des épileptiques sous l'action des substances pharmacodynamiques, par Annibale Puca et Rocco Cerra (de Catanzaro). *Note et Rivista di Psichiatria*, (mai 1932).

Les auteurs utilisent, au cours de leur expérimentation : l'adrénaline, l'atropine, la pilocarpine, l'ésérine. Ils notent des variations évidentes, chez les malades épileptiques ou déments précoces, de l'équilibre électrolytique et par conséquent du rapport potassium-calcium. A la faveur de ces recherches, ils notent l'orientation neuro-végétative particulière de ces deux groupes de malades.

L'épileptique présente une phase statique qui est vagotonique, une phase dynamique qui est sympathicotonique.

Le dément précoce est « engourdi » dans son système neuro-végétatif, mais il se comporte comme un vagotonique dans les phases dynamiques.

Paul Abély.

Etudes sur la masse sanguine chez les épileptiques, par Morgan B. Hodskins, Riley H. Guthrie et James Z. Naurison. *The American Journal of Psychiatry*, Janvier 1932.

Les auteurs estiment que la déshydratation a une influence favorable sur l'épilepsie convulsive. L'intérêt de leur travail réside dans ce fait qu'ils ne se sont pas contentés, comme certains expérimentateurs, de tirer leurs arguments de recherches biologiques d'un contrôle parfois douteux. Ils se sont adressés d'abord à des notions cliniques. On connaît des maladies dans lesquelles le volume du sang est à peu près constamment inférieur à la normale ; par exemple, le diabète, le crétinisme, les états d'altérations vasculaires générateurs de thromboses oblitérantes (maladie de Buerger). Or l'association de ces états pathologiques avec l'épilepsie est rarissime.

L'alcalose, l'œdème, l'insuffisance d'oxygénation favorisent l'épilepsie. Il paraît dès lors logique de baser son traitement sur la suppression, ou du moins la correction, de ces conditions physiologiques. Les bons résultats de la diète cétogène ont été vantés dans de nombreuses communications. Les auteurs ont par contre échoué dans lenrs tentatives thérapeutiques basées sur la production d'une acidose par l'usage du nitrate d'ammonium.

P. Carrette.

Considérations expérimentales sur les Liquides Céphalo-Rachidien normal et pathologique, par K. O. Newmann (de Littlemore). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, juin 1932, Tome CXL, Cahiers 1 et 2, pages 189-190.

L'anteur pratique une émnlsion à 37° de liquide céphalo-rachidien avec de l'écorce cérébrale humaine. Cette émulsion est examinée au point de vue

réaction de l'or, teneur en sucre et tension superficielle. Il étudie les différences de réactions dans le liquide céphalo-rachidien normal et celui de la paralysie générale. Henri Ey.

Sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses organiques, par E. Forster. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, Tome CXXXIX (1932), p. 162 à 191.

A l'aide de colorations au bleu de méthylène-pyronine, après fixation à l'alcool, l'auteur a pratiqué l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans plusieurs cas de syphilis cérébrale, de sclérose en plaques et de tumeurs cérébrales. Il insiste sur la nécessité d'utiliser la solution extemporairement préparée. L'examen du liquide rachidien est de moindre importance que celui du liquide ventriculaire ou des lacs de la base. Cet article est illustré de nombreuses figures dont quatre planches en couleur remarquables. Henri Ey.

La valeur de la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic différentiel des maladies cérébrales (Die Differentialdiagnostische Bedeutung xanthochromen Liquors bei zerebralen Erkrankungen), par F. Rawak. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 30 sept. 1932, p. 1589.

Il faut distinguer la xanthochromie primaire, persistante, des tumeurs encéphalomédullaires et la xanthochromie secondaire, passagère, des accidents et affections hémorragiques : hémorragies épi — et sousdurales des fractures, hémorragies cérébrales avec inondation ventriculaire, rupture d'anévrismes de l'artère basale, pachyméningites et leptoméningites hémorragiques. La xanthochromie, son comportement au cours de ponctions successives, peut constituer un élément important de diagnostic différentiel. L'auteur cite à l'appui deux cas d'hémorragie ventriculaire, dans lesquels le diagnostic fut fait grâce au signe de la xanthochromie associé aux autres symptômes, et fut confirmé ensuite par l'autopsie dans le premier cas, par la radiographie dans le second. E. Bauer.

Les réactions de floculation du liquide céphalo-rachidien, par M. Hombria, *Archivos de Médicina, Cirugia y Especialidades*, 9 janvier 1932.

Des expérimentateurs, tels Lantéri, Müller, Kahn, Sachs, ont proposé des réactions d'une grande sensibilité que l'auteur du présent article écarte à cause de leur spécificité douteuse. Il ne leur reconnaît de valeur que par rapport au Wassermann, dont la valeur reste une donnée sûre. La pratique du laboratoire lui a permis d'apprécier les résultats de la seule réaction de Meinicke, au tolu-antigène, donnant la même réponse que le Wassermann dans 92 0/0 des cas et, pour le reste, d'une sensibilité parfois plus grande et mieux en accord avec le diagnostic suggéré par le tableau clinique. P. Carrette.

Les réactions des globulines dans le liquide céphalo-rachidien, par Juan M. Obarrio et C. Rechniewski. *La Semana Médica,* 17 mars 1932.

Les réactions des globulines sont en rapport constant avec celles de l'albumine. Leur sensibilité les classe dans l'ordre suivant : Pandy, Weich-

brodt, Nonne-Appelt, Ross Jones, Noguchi. Les auteurs accordent un grand crédit à la réaction de Braun Husler (à l'acide chlorhydrique à 1/300), surtout indicatrice de l'albumine totale, sur laquelle ils croient pouvoir fonder en partie le diagnostic différentiel biologique de la méningite paralytique et des autres formes de la syphilis cérébro-spinale diffuse.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Rapport sur les débits de boissons alcooliques, par M. SIEUR. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 9 février 1932.

M. Sieur, dans un rapport très détaillé, commence par s'élever contre les fausses opinions qui ont cours dans certains milieux, sur la valeur de l'alcool comme *aliment* d'une part, et sur la non nocivité et la nocivité restreinte du vin pris comme boisson aux repas. M. Sieur fait ensuite l'histoire des débits de boissons pendant la guerre et rappelle la réglementation par les autorités de la vente ou de la consommation des boissons alcooliques. La loi du 6 mars 1917 interdisait également l'introduction et la consommation dans les établissements soumis au contrôle du travail de toutes les boissons alcooliques autres que le vin et la bière. Aussi, malgré des omissions regrettables dans l'application des mesures législatives, était-on arrivé à la fin de la guerre à réduire dans des proportions considérables la consommation des boissons alcooliques et, par suite, à diminuer l'alcoolisme (de 8.926.463 hectolitres d'alcool en 1913, la consommation se trouvait ramenée en 1918 à 4.572.730 hect.). Mais la guerre finie, les restrictions réglementaires supprimées, les choses allaient reprendre peu à peu leur place d'avant-guerre. Cette liberté démesurée s'oppose à la réglementation des débits de boissons à l'étranger. Suit une revue des conditions de vente, d'ouverture des débits en Suède, Norvège, Hollande, Belgique, Angleterre, Canada, Allemagne, Italie. En France, les pouvoirs publics s'opposent, pour raisons budgétaires, à la réglementation de la vente des boissons alcoolisées titrant plus de 23° et renfermant des essences en certaines proportions.

Pour soustraire le passant aux tentations qui l'incitent à boire, il convient donc de réduire le nombre des débits de boissons. Ce nombre a passé de 281.847 en 1830 à près de 500.000 aujourd'hui... Etant donnés la gravité de l'alcoolisme pour l'individu et pour la race, le péril qu'il représente pour l'avenir de notre pays, M. Sieur soumet au vote de l'Académie un vœu demandant au Parlement et aux pouvoirs publics de limiter le nombre des débits, de faire appliquer les lois, décrets et règlements qui les régissent, etc., d'interdire formellement de servir des boissons alcooliques dans les débits aux enfants au-dessous de 16 ans. « Le tout sous sanctions sérieuses et effectives. »

SENGÈS.

Le suicide parmi la jeunesse scolaire, par W. ODYNIEC. (*Now. Psychj.*, t. IX, 1932, IIIe et IVe trimestres, p. 146).

Le suicide des mineurs est un phénomène inquiétant et complexe. La crise économique et sociale qui sévit actuellement est accompagnée d'un fléchissement psychique et moral. Depuis la guerre, le suicide a cessé d'être un fait sporadique. Le nombre des suicides a augmenté sensible-

ment, d'une façon générale, parmi les adultes et chez les mineurs en particulier.

Etiologiquement, le suicide d'un enfant est un phénomène complexe. Le rôle de l'élément affectif est indéniable. Mais parmi les causes déterminantes de l'acte désespéré d'un mineur, la plus importante réside en dehors de la constitution psychique relative à la dégénérescence mentale individuelle du sujet. Elle se trouve dans l'organisation des conditions sociales. L'ensemble de ces conditions de l'ambiance peut déformer le psychisme fragile de la nature juvénile de l'enfant. Elles peuvent créer un recul mental, une véritable dégénérescence acquise, source d'énergies négatives et destructrices au point de vue social.

Par rapport au suicide, les facteurs endogènes, liés à la constitution psychique de l'enfant, jouent simplement un rôle prédisposant.

En dehors des raisons individuelles, le suicide de l'enfant possède, en général, des raisons exogènes de nature spéciale qui résident dans les conditions anormales de l'éducation familiale ou scolaire.

L'expérimentation pédagogique maladroite, l'insuffisance d'éléments éducatifs à l'école, l'absence d'une organisation rationnelle de surveillance et de protection de l'enfant, en dehors de l'école, l'influence manifestement néfaste du théâtre, du cinéma et de la littérature contribuent à créer une atmosphère malsaine dans laquelle grandit et s'élève la jeunesse des écoles.

FRIBOURG-BLANC.

ASSISTANCE

A propos des règlements qui régissent le mouvement des aliénés dans les établissement psychiatriques, par Carlo FERRIO (de Turin). (*Note et Riviste di Psichiatrice*, Août 1932).

Dans un important travail, l'auteur passe en revue les divers règlements européens régissant le régime des aliénés. Il étudie plus spécialement la nouvelle loi suisse, celle de la Prusse et le projet qui y est adjoint, le nouveau projet français, celui enfin de la Belgique.

De cette longue analyse, il conclue que dans tous les pays on retrouve cette opposition entre la tendance médicale qui tente de conquérir plus de liberté d'action pour pouvoir plus facilement s'adapter aux nouvelles exigences de l'hygiène mentale et la tendance judiciaire qui veut de plus en plus imposer et agrandir son pouvoir de contrôle sous le prétexte d'empêcher le soi-disant internement arbitraire. Seule la loi suisse est favorable au médecin, tous les autres projets sont plus ou moins réactionnaires.

Etablissant alors une comparaison avec la loi italienne, vieille de 30 ans, M. C. Ferrio dit qu'il lui apparaît que cette dernière est peut-être moins réactionnaire que la plupart des projets précédemment étudiés. Si en effet les formalités d'admission y sont encore compliquées et peu rationnelles, en revanche le médecin garde une très grande liberté d'action quant à la suspension ou à la continuation de la mesure d'internement. Il est exceptionnel que l'autorité judiciaire intervienne après la mesure d'admission. Il apparaît qu'il existe dans tous les cas, entre l'autorité médicale et l'autorité judiciaire, une confiance et une estime réciproques.

Paul ABÉLY.

Commentaire critique à propos de la loi sur le régime des aliénés en Belgique spécialement à propos des criminels et des toxicomanes, par Carlo FERRIO. (*Archivio di antropologica criminale psichiatria e medicina légale*, Turin, juin 1932).

Le même auteur examine plus spécialement le projet de loi belge sur le régime des malades mentaux et conclue de la façon suivante : le régime des aliénés comparé à d'autres législations du même genre en vigueur ou en projet dans d'autres pays présente un véritable progrès, tel par exemple le fait d'avoir conféré un caractère de mesure médico-administrative et non point judiciaire à l'internement non définitif (observation), telle également la discrémination très particulière des toxicomanes séparés des autres catégories de malades.

En revanche, M. Ferrio émet quelques réserves quant aux dispositions prévues pour l'admission et la mise en liberté des aliénés dans les établissements psychiatriques. Ici le mécanisme est par trop bureaucratique et le contrôle sévère de l'autorité administrative centrale et de la magistrature paraît excessif. Il semble que le législateur compte beaucoup plus sur les qualités techniques et morales du magistrat que sur celles du médecin.

Paul ABÉLY.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique par choc dans les maladies mentales, par L. E. BALADO. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires. Tome XIX, nº 110, mars-avril 1932).

Après avoir rappelé toutes les médications par le choc, susceptibles d'être employées dans un service de maladies mentales, l'auteur estime que cette thérapeutique rend les plus grands services au psychiatre, en particulier dans le traitement de l'agitation motrice. En ce cas, c'est à l'abcès de fixation qu'il faut donner la préférence. Dans l'agitation maniaque symptomatique de psychose maniaque-dépressive, le nucléinate de soude peut faire avorter un épisode d'excitation maniaque. Dans les psychoses autotoxiques, telles les confusions mentales urémiques, le choc atténue l'agitation, mais une médication désintoxicante, comme le sérum sucré hypertonique ou une solution de sulfate de soude à 5 pour cent intraveineuse, est la plus efficace. Bien entendu, avant d'employer la méthode des chocs, il est nécessaire de s'assurer si l'état physique du malade lui permet de la supporter. En particulier, l'hypotension, l'artériosclérose et un état physique précaire sont des contre-indications.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 avril 1933,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

En raison des vacances de Pâques, la Société ne tiendra pas au mois d'avril de séance supplémentaire.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mai 1933,* à 9 heures 1/2 *très précises,* à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mai 1933,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Concours pour 12 postes de Médecin des Asiles publics d'Aliénés.

Ce concours s'est ouvert le lundi 13 mars 1933. Le jury était composé ainsi : *Président :* M. le professeur SANTENOISE, inspecteur général adjoint des services administratifs. *Membres titulaires :* M. le professeur H. CLAUDE, M. le D^r^ G. BARUK, Mlle le D^r^ BOUDERLIQUE, MM. les D^rs^ SPITZ, PIQUEMAL, PRIVAT DE FORTUNIÉ, M. HAYE, chef du 1^er^ bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance. *Membres suppléants :* M. le D^r^ SALOMON, Mlle le D^r^ PASCAL, M. TAVERNIER, sous-chef du 1^er^ bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, assurait les fonctions de secrétaire administratif du concours.

Asile Clinique (Sainte-Anne). Clinique psychiatrique de la Faculté.

Cours complémentaire du dimanche matin

Le programme des cours (Amphithéâtre de la Clinique, à 10 h. 30), est définitivement arrêté comme suit, pour les mois d'*avril, mai* et *juin 1933* :

Le *30 avril*, M. Henri Ey : Les facteurs affectifs de l'hallucination. — Le *7 mai*, M. Génil-Perrin : La responsabilité pénale des paranoïaques. — Le *14 mai*, M. Truelle : Les amoureuses persécutrices. — Le *21 mai*, M. Pierre Janet : L'objectivation intentionnelle dans les délires de persécution. — Le *28 mai*, M. Lévy-Valensi, Mentalité primitive et psychopathologie. — Le *11 juin*, M. Ceillier : Le problème de la responsabilité pénale. — Le *18 juin*, M. Tinel : Le rôle de l'émotion dans la genèse des maladies nerveuses et mentales.

Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie).

Un concours sur titres sera ouvert le 20 avril 1933 à Alger pour le recrutement d'un médecin psychiatre.

Pour être admis à prendre part au concours, les candidats devront justifier qu'ils sont médecins spécialistes des Asiles de France, âgés de 35 ans au plus (cette limite pouvant être reculée d'un nombre d'années égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires pouvant entrer en compte dans la constitution du droit à une pension de la Caisse des Retraites de l'Algérie) et qu'ils possèdent une pratique professionnelle d'une durée de 5 ans au moins, dans un asile public, en qualité de médecin.

Les candidats devront adresser au Gouverneur général (Direction de la Santé publique), sous pli recommandé, leur demande établie sur papier timbré et accompagnée des pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance dûment légalisé ;

2° Leur diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française, ou sa copie certifiée conforme ;

3° Un certificat de bonnes vies et mœurs ;

4° Un extrait de leur casier judiciaire ;

(Ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date).

5° La justification de leurs titres et de leurs travaux scientifiques ainsi que de leurs services professionnels ;

6° Leur état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire en ce qui concerne leur service actif.

La liste des candidats sera close le 14 avril 1933 à 17 heures.

Aucune demande d'inscription faite après cette date ne pourra être accueillie.

XVIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, lundi 22, mardi 23, mercredi 24 mai 1933

Composition du Bureau du Congrès

Président : M. le Doyen Balthazard.
Vice-présidents : MM. Belot, René Charpentier et Lévy-Valensi.
Secrétaire général : M. Piédelièvre.
Secrétaires des séances : MM. Desoille et Szumlanski.

HEURES ET LIEUX DES SÉANCES

1° *Lundi 22 mai 1933, 9 h. 30* (Amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas, Paris) : Ouverture du Congrès.

Rapport de M. CHAVIGNY (de Strasbourg) : Médecine légale et bactériologie.

14 h. 30 (même amphithéâtre) : Séance de communications.

2° *Mardi 23 mai 1933, 9 h. 30* (même amphithéâtre) : Rapport de M. MAZEL (de Lyon), Le delirium tremens traumatique.

14 h. 30 (même amphithéâtre) : Séance de communications.

3° *Mercredi 24 mai 1933, 9 h. 30* (amphithéâtre de la Clinique psychiatrique, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris) : Rapport de M. Henri CLAUDE (de Paris), Les aliénés en liberté.

14 h. 30 (amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas, Paris) : Séance de communications. — Organisation du XIX^e^ Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris, 4^e^. Téléphone : Odéon 27-19.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent être inscrites comme membres du Congrès sont priées de s'adresser à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris, 4^e^.

L'inscription sera accompagnée de la somme de 60 fr., montant de la cotisation, ou mieux encore, cette somme sera versée dans un bureau de postes au compte courant de M. Vernis (Chèques postaux n° 818-43, Paris).

La cotisation n'est que de 30 fr. pour les abonnés aux *Annales de Médecine légale* et pour les membres de la Société de Médecine légale.

Facilités de transport accordées aux congressistes. — Les grands réseaux des chemins de fer français, et les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux congressistes et à leur famille (comprenant femme et enfants non mariés), qui auraient à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Les demandes doivent être adressées à l'*Agence de Voyages Exprinter,* 26, avenue de l'Opéra, Paris.

L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins-Légistes français se tiendra le mercredi 24 mai 1933, à l'issue du XVIII^e^ Congrès de Médecine légale de Langue française, sous la présidence de M. Paul (de Paris).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 46.150

Tome I. — N° 4 Avril 1933

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



OBSÉDÉS MÉLANCOLIQUES ET OBSÉDÉS CONSTITUTIONNELS

PAR

Cl. VURPAS et L. CORMAN

Par le titre que nous donnons à cette étude, nous voulons marquer notre intention d'isoler, parmi la multiplicité des états obsédants, deux formes particulières qui se distinguent et s'opposent, à la fois par leurs conditions d'apparition, par leurs caractères cliniques et par leur évolution.

La première de ces deux formes comprend des obsessions qui se rattachent nettement à une affection constitutionnelle — telle la folie du doute —, présentent une évolution continue, quoique entrecoupée de paroxysmes, et tendent à la chronicité.

Dans la seconde, nous plaçons des obsessions qui, selon nous, s'apparentent très intimement à la Mélancolie. Comme cette affection, elles sont acquises, évoluent par accès, et guérissent habituellement.

Ce sont ces dernières que nous examinerons plus particulièrement dans notre travail, en soulignant à chaque page les caractères qui les opposent aux obsessions constitutionnelles.

Faisons dès maintenant la remarque, que les états morbides

auxquels nous faisons allusion ont le plus souvent pour maître-symptôme une idée obsédante de suicide ou d'homicide. C'est là un type d'idée morbide que sa fréquence a rendu banal, et tous les aliénistes en ont signalé de nombreux exemples. Les vingt-sept observations que nous apportons sont analogues dans leur ensemble à celles qui ont été publiées jusqu'ici. Mais il nous a paru qu'en deux points, les études de nos devanciers méritaient d'être complétées. Le premier a trait à la définition même de l'idée obsédante suicide ou homicide : c'est un point de *séméiologie*. Le second est un point de *nosologie*, il concerne la parenté des états obsédants avec les autres maladies mentales. Avant d'exposer sur ces deux points nos vues personnelles, nous allons examiner comment l'un et l'autre ont été résolus par nos devanciers.

*
**

En ce qui concerne le point de *séméiologie*, la nécessité s'est fait sentir depuis longtemps de préciser les caractères de l'idée obsédante suicide ou homicide, et de tracer les contours du tableau clinique dont cette idée fait partie. Ainsi seulement, il était possible de la placer dans le cadre des obsessions, c'est-à-dire de la distinguer des autres idées suicides ou homicides. Cette discrimination ne s'est pas faite sans efforts, et une rapide revue historique va nous montrer que, même aujourd'hui. elle n'est pas toujours nettement établie. Les premières études sur ce sujet sont dans le très beau mémoire d'Esquirol de la *Monomanie homicide*. Des observations d'individus hantés par l'idée du suicide ou de l'homicide y sont relatées très complètement. Mais l'auteur mélange — sans toutefois les confondre — trois groupes de faits : *primo*, des cas de démence ou de délire ; *secondo*, des cas d'impulsions conscientes, mais irrésistibles, où l'acte s'accomplit inéluctablement ; *tertio*, des cas d'obsession-impulsive chez des sujets dont le moral est déprimé, mais dont l'intelligence est intacte ; ici l'acte n'est pas commis.

Les descriptions d'Esquirol n'ont guère été dépassées. Mais, après lui, on s'efforce d'introduire des discriminations plus exactes. Peu à peu se précise la distinction entre l'idée obsédante et l'idée fixe, l'obsession impulsive et l'impulsion vraie. A cette distinction contribuent notamment les travaux de Baillarger (1), Morel (18), Marc (17), J. Falret (18), Dagonet (4). Mais si la plupart de ces auteurs observent justement que les obsédés du suicide et de l'homicide ne se comportent pas comme les autres

malades, aucun d'eux ne s'est imposé pour tâche de préciser les signes auxquels on peut reconnaître avec certitude qu'il s'agit bien d'une obsession, et d'établir une ligne de démarcation franche entre ces états obsédants et les impulsions conscientes que l'on peut confondre avec eux.

Même, des études plus récentes comme celles de Magnan (16), de Ladame (15), de Pitres et Régis (20), ne nous sont pas sur ce point d'un grand secours. Dans son rapport sur *l'Obsession criminelle morbide,* Magnan énonce comme une règle que l'obsession est irrésistible, et que l'accomplisement de l'acte apporte au malade un soulagement ; la résistance à l'idée obsédante est signalée comme possible, mais considérée plutôt comme une exception. Et, aux pages de ce rapport voisinent, comme dans le Mémoire d'Esquirol, des observations d'obsédés vrais avec des observations d'impulsifs criminels (1). Ladame, dans son étude, distingue mieux les malades dont l'obsession reste *théorique,* et ceux qui s'abandonnent à son entraînement, mais il ne nous donne pas les signes qui permettraient d'établir dès le début cette distinction.

A vrai dire, il nous a semblé que la plupart des cliniciens considèrent le problème comme facile, et qu'ils ne se trompent guère quand il s'agit de juger à sa valeur exacte une idée suicide ou homicide. Il n'en reste pas moins que les Traités exposent la question d'une manière fort incomplète, et que beaucoup d'erreurs ont cours, aujourd'hui encore, sur l' « irrésistibilité » de l'obsession.

Nous tenterons, pour notre part, d'éclairer ce point de séméiologie à la lumière de nos observations.

*
**

Mais, auparavant, nous voulons aborder le problème *nosologique* que posent ces obsessions, et qui peut se formuler de la manière suivante. Les obsessions ont-elles en médecine mentale une existence indépendante, c'est-à-dire constituent-elles une maladie nettement définie ? Ou bien ne sont-elles que le simple signe d'un autre état morbide, et, dans ce dernier cas, à quelle affection faut-il les rattacher ? Remarquons que ce dilemme se

(1) « L'obsédé-homicide, épouvanté par l'idée terrible qui le pousse à tuer, et souvent même la personne la plus chère, résiste, lutte en désespéré, et arrive à un tel degré d'angoisse douloureuse que l'acte, quelque horrible qu'il soit, est accompli avec une indomptable énergie, et est suivi d'une bienfaisante détente. » MAGNAN. *L'Obsession criminelle morbide.*

pose pour toutes les obsessions, qu'elles soient de type étudié ici ou d'un autre type. Les auteurs qui se sont donnés pour tâche de le résoudre, ont reconnu très rapidement que, dans certains cas — d'ailleurs rares —, l'obsession n'est que le symptôme initial et transitoire d'une affection organique ou vésanique ; et, dans ces cas, il n'est venu à l'esprit de personne d'en faire le signe essentiel de l'affection en cours.

Mais ces cas une fois éliminés, il reste le groupe très nombreux des états obsédants dans lesquels l'obsession constitue l'élément principal et durable du syndrome morbide. Pour ceux-ci, les auteurs sont divisés sur la place qu'il faut leur assigner en pathologie mentale. Les uns les rassemblent en une seule description, et les considèrent comme constituant des formes cliniques d'une même affection : la plus récente tentative dans ce sens a été celle de P. Janet dans ses remarquables travaux sur la *Psychasténie*, vaste synthèse de tous les états obsédants (12).

Les autres rapportent au contraire les obsessions à d'autres maladies mentales, mais l'accord n'est pas fait sur l'affection à laquelle il faut les réunir. Trois doctrines sont en présence, qui fondent chacune leur essai de rapprochement sur une conception particulière de la nature de l'obsession.

La première regarde l'obsession comme un *trouble de l'idéation*, un vice de fonctionnement de la pensée. Elle a été professée par Griesinger en 1868 (10), puis par Westphall en 1877 (23). Certains auteurs se sont autorisés de cette conception pour rattacher les états obsédants à la *paranoïa ;* d'où le nom de *paranoïa rudimentaire* que leur ont donné Arndt, puis Morselli (19). Il importe toutefois de remarquer qu'à l'époque où cette assimilation fut faite, le terme de paranoïa avait un sens beaucoup plus large qu'aujourd'hui, et englobait, à vrai dire, un trop grand nombre d'affections différentes.

Très voisine de l'opinion précédente est celle qu'a exprimée Krafft-Ebing (14). De son côté, Magnan faisait de l'obsession un stigmate de la dégénérescence mentale (16 B).

La seconde doctrine, toute opposée, considère l'obsession comme un phénomène *d'ordre émotif*. C'était déjà l'avis de Morel (18), qui l'appelait *Délire émotif*, et en faisait une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Berger (3), Wille (24), Pitres et Régis abondent dans le même sens. Freud (9) et après lui Hecker (11) rangent une grande partie des obsessions dans le cadre d'une entité nouvelle, qu'ils baptisent Névrose d'angoisse. On peut encore regarder comme le développement des vues pré-

cédentes, la conception qu'a formulée Deny avec René Charpentier (5 A), avec Logre (5 B) et avec Kahn (5 C). Ces auteurs trouvent dans la prédisposition héréditaire, dans les causes occasionnelles, dans les symptômes et dans l'évolution des états obsédants, une parenté si intime avec ce qui s'observe dans la psychose maniaque-dépressive, qu'ils rattachent à cette psychose toutes les obsessions, sans distinction de formes.

Les arguments nombreux que l'on a produit à l'appui de l'une et de l'autre doctrine n'ont pas tranché le différend. Peut-être les difficultés rencontrées proviennent-elles de ce qu'on groupe sous l'étiquette d'obsession des états très divers, dont les uns sont d'ordre idéatif, les autres d'ordre émotif. Un certain nombre d'auteurs ont considéré le problème de ce biais, et ont formulé une troisième doctrine, beaucoup plus proche des faits, selon nous.

Déjà, avant 1880, quelques aliénistes, entre autres Baillarger, Morel, Marc, J. Falret, Dagonet, avaient signalé dans leurs observations que certains états obsédants, avec impulsion meurtrière ou suicide, se développent à la faveur d'une disposition mélancolique, que les malades peuvent guérir, mais parfois récidivent, la maladie prenant alors le type intermittent (1).

Mais c'est Schuele qui, le premier, distingue nettement deux types d'obsessions. En 1886, dans son Traité (21), il oppose les idées obsédantes non émotives, rattachées par lui à la névrose héréditaire, aux idées obsédantes émotives, qu'il déclare secondaires à un état de dépression. Plus tard, Kræpelin rapproche d'une manière encore plus précise certaines formes d'obsessions de la folie périodique. Il en donne des exemples dans son *Introduction à la Psychiatrie clinique* (13), et E. Dupré, préfaçant en

(1) Deux de ces auteurs, Morel et Marc, publient même leur propre observation : tous deux ont présenté périodiquement, pendant plusieurs années, l'obsession du suicide. Chez Marc, ce trouble s'est développé spontanément. Chez Morel, il a fait suite à une typhoïde très débilitante.

Voici en quels termes Marc décrit les troubles dont il était atteint : « J'ai éprouvé, dans ma jeunesse, un état morbide périodique. Jouissant, d'ailleurs, d'une santé parfaite, je fus atteint, pendant trois ans, vers l'automne, d'un sentiment d'anxiété accompagné d'un désir indéfinissable de terminer mon existence, au point que je fus obligé de prier un de mes amis de me surveiller durant la durée de ces accès, qui, après s'être prolongés pendant plusieurs jours, se terminaient, chaque fois, par un saignement de nez. »

Quant à Morel, après sa fièvre typhoïde, il fut pris d'obession impulsive de suicide. Pendant les cinq années qui suivirent, ce trouble se reproduisit, en coexistence avec des hémorragies nasales abondantes, à la période correspondante à celle de la maladie initiale.

1907 la traduction française de cet ouvrage (6 A), apporte à l'appui de ces exemples le résultat de son observation personnelle. Deux ans plus tard, Dupré, revenant sur ce point dans ses travaux sur la *Constitution émotive* (6 B), explique « la parenté et l'association fréquente des accès dépressifs et des crises d'obsession » en plaçant cette constitution émotive à la base des deux maladies.

A peu près en même temps que Kræpelin, Gilbert Ballet, à propos de la dipsomanie et de la sitiomanie (2), soutient contre Magnan une opinion analogue. A côté de l'obsédé qui, dans l'intervalle de ses paroxysmes obsédants, reste un douteur, un indécis, il montre l'existence de malades dont les obsessions sont périodiques et se développent sur un fonds de dépression mélancolique, l'état moral étant normal dans l'intervalle des accès.

Nos observations personnelles nous ont conduits à une conception assez voisine (1) que nous allons développer dans les pages qui vont suivre, en nous efforçant :

— en premier lieu de montrer que les états morbides accompagnés d'obsession suicide ou homicide, s'apparentent très intimement à la mélancolie ;

(1) Nous avons été amenés à cette conception par une pratique qui nous est habituelle et dont il n'est pas sans intérêt de dire ici deux mots. On sait que, lorsqu'on interroge avec soin les obsédés, on relève d'ordinaire dans le passé de ces malades, les marques d'une constitution psychique particulière qui peut se résumer d'un mot : ils ont toujours été des scrupuleux et des douteurs. Ce trait de leur caractère exerce sur leur conduite une influence très grande ; il entraîne dès le jeune âge diverses « manies » : vérifications répétées d'un acte simple que, d'ordinaire, on exécute sans y réfléchir, ainsi, la fermeture d'une porte, du robinet d'eau, du robinet de gaz, le timbrage d'une lettre, la mise correcte de cette lettre dans la boîte ; scrupules dans l'accomplissement de certains actes où la conscience morale est en jeu, ainsi la confession. Ces « *petits signes de la Psychasthénie* », comme les appelle Crouzon (Les petits signes de la Psychasthénie, *La Vie Médicale*, 1929, p. 208), ont une grande importance pour le diagnostic du fonds constitutionnel morbide de ces malades ; de plus, leur date d'apparition permet de situer la maladie avant même que ne se développent les grandes crises obsédantes ; à ce point de vue, les scrupules de confession, lorsqu'ils ont existé, ont un intérêt tout particulier, car l'époque à laquelle ils se sont produits est toujours d'une détermination facile.

Cela dit, nous avons observé que, dans un certain nombre de cas d'obsessions, les petits signes faisaient complètement défaut, ou bien n'étaient apparus, ébauchés, que depuis très peu de temps. Ces obsessions se présentaient pour la plupart sous la forme de phobies ou d'impulsions-craintes, s'accompagnant de signes mélancoliques, et guérissaient après un temps variable, reparaissant parfois plus tard d'une manière périodique. Dans l'intervalle des phases obsédantes, il n'existait aucun signe d'un état psychasthénique, même fruste. Ces remarques ont fait l'objet d'une première étude de l'un de nous (Cl. Vurpas, 23 A.).

— en second lieu, de différencier ces états, d'une part des états obsédants constitutionnels, d'autre part des obsessions qui s'accompagnent d'impulsion-suicide ou homicide irrésistible.

Voici le plan que nous allons suivre dans cette étude.

En premier lieu, nous exposerons le tableau clinique de l'obsession suicide ou homicide, tel qu'il se présente le plus habituellement.

En second lieu, nous donnerons, à l'appui de cette description, les vingt-sept cas que nous avons observés, et, en commentant ces observations, nous serons amenés à préciser les caractères cliniques de l'obsession impulsive évoluant sur un fonds de dépression ; nous ne manquerons pas, chemin faisant, d'opposer ces caractères à ceux des états obsédants constitutionnels.

Sur cette opposition, nous reviendrons d'ailleurs dans un chapitre terminal, mais auparavant, nous montrerons ce qui sépare les obsessions impulsives des impulsions vraies, et ce qui les rapproche au contraire de certaines formes de mélancolie.

I

Nous allons tout d'abord exposer le tableau clinique de l'obsession impulsive suicide ou homicide.

Les sujets qui accusent ce trouble étrange — d'ordinaire ce sont des femmes de 20 à 30 ans — avaient été bien portants jusqu'à son apparition. Ils étaient d'un naturel actif, gai, sociable, quoique d'une excessive impressionnabilité.

Selon leur dire, le trouble a débuté brusquement, sans cause appréciable, ou à l'occasion d'une émotion que, de sang-froid, ils jugent le plus souvent insignifiante. Ils en décrivent les phases avec un grand luxe de détails, et la description qu'ils en donnent change peu d'un malade à l'autre. Il nous suffira donc d'écouter l'un d'eux pour les entendre tous. Voici ce qu'il nous dit :

« J'ai ressenti un malaise épouvantable : ma poitrine était serrée « comme dans un étau, je suffoquais, mon cœur battait à tout rompre, « le sang m'affluait au visage, mon corps tremblait et était couvert « de sueur, j'avais les jambes « coupées » et j'ai bien cru que « j'allais défaillir. En même temps, j'éprouvais une angoisse atroce,

« comme si j'avais été dans l'attente d'un malheur inconnu, et que « je ne pouvais rien faire pour éviter celui-ci. A ce moment, mon « cerveau était vide, mes pensées s'embrouillaient, je sentais que je « perdais la tête et j'avais une peur terrible de devenir fou. »

Peu à peu, et surtout si le sujet trouve dans son entourage un réconfort moral, les troubles se dissipent, la *crise anxieuse* se calme. Mais, désormais, la moindre impression capable de rappeler les circonstances de la première crise va en provoquer d'autres. Au milieu de l'une d'elles, parfois dès la première, plus fréquemment dans une crise ultérieure, il *surgit* dans l'esprit du sujet une pensée d'homicide ou de suicide.

« Cela m'est venu, dit-il, *d'un seul coup*. Au début, ce n'était même « pas une pensée. On aurait dit qu'une force me poussait, qu'un « aimant m'attirait. Je luttais contre. Je me disais intérieurement : « — Non, je ne veux pas mourir, je ne veux pas frapper les miens ! « — Mais *quelque chose*, en moi, disait : — Fais-le ! — et je sentais « *qu'il le fallait*, que j'allais être entraîné malgré ma volonté. Je me « voyais sautant par la fenêtre et m'écrasant sur le sol, les gens « accouraient pour me secourir ; ou bien, je me voyais enfonçant « un couteau dans la poitrine de mon enfant, la lame traversait de « part en part, le sang coulait à flots. Je reculais, saisi d'horreur, « comme si je l'avais réellement fait. C'était seulement en imagina- « tion que je voyais ces choses, mais je sentais que je n'avais plus « ma tête à moi, et que mon imagination allait m'entraîner... Alors, « j'ai eu peur de *le* faire, je me suis sauvé, et je me suis précipité « chez mes voisins, en pleurant, pour leur demander de me proté- « ger contre mes mauvaises idées. Là, je me suis calmé, et ensuite, « j'ai trouvé que c'était bête d'avoir eu une telle peur... Mais, depuis, « ces idées sont revenues souvent. »

Ce récit met bien en évidence la part considérable que joue la représentation imaginative dans ces obsessions-impulsions. Morel disait déjà qu'il faut tenir compte de ce facteur chez des gens très émotifs, naturellement portés à exagérer tout ce qu'ils ressentent.

Chez certains de nos malades, le trouble est plus accusé encore. La crise anxieuse s'accompagne d'un *dédoublement conscient de la personnalité*. A ceux-là, il semble qu'une personne étrangère cherche à prendre possession de leur être, et tente de leur dicter des actes criminels. Ecoutons-les : « Quelque chose me dit... « l'Angoisse me suggère : — Détruis-toi, il le faut ! — Mais une « autre force, en moi, résiste et dit : — Je ne veux pas, je n'ai « aucune raison de le faire. »

Nous sommes ici tout près de l'hallucination : du milieu qui l'entoure, le sujet ne voit plus rien, n'entend plus rien ; il lui semble que l'ordre fatal est écrit devant ses yeux ou qu'il résonne à ses oreilles. Et il arrive qu'il formule sa réponse tout haut : « Je ne veux pas mourir ! ». Toutefois, et malgré ses craintes, le sujet n'a perdu à aucun moment le contrôle de lui-même, et le pouvoir de lutter efficacement contre ses dangereuses pensées. Il ne s'agit pas ici d'une impulsion vraie, mais d'une obsession-impulsive, faite d'un mélange de désir et de crainte, entre lesquels l'esprit oscille sans cesse ; dans le drame qui se déroule en lui, le malade ne se comporte pas en acteur, mais en spectateur. Aussi est-il important de savoir que l'obsédé suicide ou homicide ne se tue pas et ne commet jamais les crimes auxquels il se sent entraîné. Mais cela, le sujet l'ignore, et, dans ses moments de complète lucidité, gardant de ses crises un souvenir très précis, il se dit parfois : « J'ai jusqu'ici résisté, soit, mais si, une autre fois, ce « désordre que j'éprouve dans mes pensées venait à s'aggraver, « si j'allais devenir tout à fait fou, qui me dit que je n'accom- « plirai pas ces actes qui me font horreur ? ». Toutefois, à mesure que s'efface le souvenir de la crise, il se rassure. Mais le plus petit incident de la vie quotidienne, en réveillant l'émotion initiale, pourra ramener l'angoisse, avec son cortège d'obsessions.

Tel est le tableau, toujours semblable en ses traits essentiels, que présentent les obsédés du suicide ou de l'homicide. Ceux-ci ne dissimulent pas les troubles qu'ils ressentent ; bien au contraire, ils se confient volontiers, et leur récit met au premier plan l'idée obsédante dont ils sont terrifiés. A les entendre, on serait tenté de croire que leur maladie tient tout entière dans une perversion des idées ou des sentiments. Ce fut l'opinion des premiers aliénistes, qui, avec Esquirol, admirent l'existence des *Monomanies* (1).

(1) La nature exacte du trouble que nous étudions ici soulève un des problèmes les plus importants de la médecine mentale : celui de savoir s'il peut exister des perturbations isolées de l'intelligence ou si ces perturbations ont toujours pour substrat des troubles plus étendus, soit de la sphère psychique, soit même de la sphère organique.

Après avoir raconté comment, après une typhoïde très débilitante, il fut chaque année, pendant plusieurs semaines, hanté par l'idée du suicide, l'illustre aliéniste Morel fait la remarque suivante : « Ces faits n'ont rien d'extraordinaire pour les médecins qui ont fait une étude sérieuse des influences réciproques du physique et du moral. Il est bon cependant de les rappeler parce que l'on s'est trop habitué peut-être à étudier *l'idée fixe, l'impulsion irrésistible* dans leur donnée psychologique abstraite, sans les rattacher aux affections du système nerveux dont telle idée fixe, telle impulsion morbide, est ordinairement le symptôme. » (loco-citato).

Pour d'autres qui, avec Magnan, croient de tels états intimement liés à des tares héréditaires dont ils sont révélateurs, il s'agit là de manifestations épisodiques de la dégénérescence.

Mais, quand on examine les faits avec plus d'attention, voici ce que l'on constate :

L'éclosion brutale des accès obsédants ne représente pas en réalité le début de la maladie. Celle-ci s'est établie d'une manière progressive. Depuis plusieurs mois déjà, le sujet n'est plus le même. Il était gai, sociable, actif. Il est devenu triste, solitaire, taciturne, apathique. Il pleure beaucoup et sans raison. Il est envahi par de sombres pressentiments. Il est indifférent aux peines et aux joies qui l'affectaient jadis, mais, par contre, il se montre d'une impressionnabilité excessive aux menus événements quotidiens : un rien l'impatiente. Il se sent fatigué et ne peut s'appliquer utilement à aucune tâche. Il est, depuis quelque temps, incapable de fixer sa pensée. Lorsqu'on lui parle, bien qu'il entende, il lui arrive de ne pouvoir comprendre le sens des paroles prononcées. Lorsqu'il lit, il ne retient pas la moitié de sa lecture. Ses pensées s'enchevêtrent et, bien loin d'en pouvoir régler le cours, il dit assister dans son esprit à un défilé rapide et chaotique de toutes sortes d'idées étrangères et importunes, qu'il ne peut chasser.

Outre cet état de dépression morale, et parallèlement à lui, des troubles physiques se sont produits. Le malade souffre de douleurs sourdes à l'occiput et à la nuque, de sensations vertigineuses et de bourdonnements d'oreilles. Sa santé est devenue médiocre : appétit défectueux, digestions lentes et pénibles, amaigrissement important. Le sommeil a été troublé dès le début par des cauchemars et des réveils pleins d'angoisse. Ce mélange de neurasthénie et de dépression mélancolique est surtout accusé le matin. Au cours de l'après-midi, il se dissipe en partie, le malade reprenant un peu de son entrain, de son optimisme antérieur à mesure que le soir approche.

C'est sur ce fonds de dépression prémonitoire que l'obsession suicide ou homicide, avec son cortège de troubles émotifs, s'est développée ; et si, au premier abord, cette dernière dessine dans le tableau clinique un relief saisissant, une analyse un peu approfondie nous empêche d'être la dupe des apparences, en nous faisant comprendre l'importance et l'étendue des troubles sous-jacents.

Cela est si vrai que, si l'on fait abstraction de l'état obsédant, le reste du syndrome présente la plus grande analogie avec la mélancolie consciente.

Cette analogie, nous la retrouvons dans l'évolution des troubles. Ceux-ci, en effet, après une durée qui varie de plusieurs mois à quelques années, guérissent complètement, et, comme dans l'accès de mélancolie, le malade retrouve sa santé et sa bonne humeur antérieures. Mais les récidives sont fréquentes, on assiste alors au retour périodique des troubles, et, comme dans la mélancolie intermittente, chaque accès reproduit exactement le tableau des accès antérieurs.

II

La description précédente donne, dans ses traits essentiels, le tableau de l'état obsédant, évoluant sur un fonds dépressif. Il y a toutefois dans chaque cas des particularités spéciales qui introduisent dans ce tableau clinique un peu de variété. Les observations que nous allons en donner en font foi.

OBSERVATIONS

Première série

Les dix premières concernent des malades qui ont présenté plusieurs accès dépressifs avec obsessions. Leur affection offre donc un type nettement périodique, et, comme il est de règle, chaque accès reproduit trait pour trait le tableau des accès précédents.

Observation I. — *Marguerite H., 38 ans. Début à l'âge de 15 ans. Son père s'étant suicidé, elle le voit pendu. Elle tombe sans connaissance. Par la suite, impressionnabilité excessive, crises nerveuses à la moindre contrariété. Ceci dure deux ans, puis tout rentre dans l'ordre. A l'âge de 23 ans, à la suite de soucis, état dépressif anxieux, bientôt accompagné de la hantise de la pendaison ; dédoublement intérieur, hallucination psychique. Persistance des troubles pendant 11 ans, puis guérison complète. Second accès à l'âge de 38 ans ; début après une forte émotion par une crise hystérique, suivie d'un épisode confusionnel d'une durée de 4 jours. Sitôt la confusion dissipée, retour de la même obsession qu'au premier accès. Durée 16 mois.*

Hérédité dépressive (père suicidé par pendaison à 52 ans).

Marguerite H. est en proie, depuis un mois (janvier 1931), à l'idée obsédante de se pendre.

Ce n'est pas la première fois qu'elle éprouve cela. Elle place le début de ses troubles à l'époque où elle avait quinze ans.

Elle avait toujours été bien portante, au physique comme au moral, lorsqu'un jour, son père se suicide par pendaison. Devant le spectacle effrayant du corps qui se balance au bout d'une corde, dans le grenier, Marguerite tombe sans connaissance. Depuis lors, quelque chose est changé en elle : elle est devenue tellement impressionnable qu'à la moindre émotion, elle se sent étreinte par une angoisse indicible, ses membres se raidissent convulsivement, et elle tombe inanimée pour quelques minutes. Ces troubles se reproduisent pendant deux ans, avec une grande acuité, puis ils diminuent d'intensité et se font plus rares.

La santé de Marguerite redevient ce qu'elle était. Son caractère est gai, expansif, sociable, toutefois très sensible et prompt à s'emporter. Il ne reste plus rien, semble-t-il, des troubles précédents. A 18 ans et demi, Marguerite se marie. Il lui naît deux filles. Forte de l'affection des siens, elle est heureuse, et sans pensée triste. Survient la guerre, qui n'abat aucunement son courage.

Mais, après la guerre, son mari la quitte. Elle est alors envahie par un grand abattement. A chaque contrariété, les crises d'angoisse se reproduisent, sans aller toutefois jusqu'à la perte de connaissance. Alors qu'elle faisait montre d'ordinaire d'une grande activité, elle n'a plus désormais aucun entrain. Le moindre travail lui est à charge. Elle délaisse ses occupations, et désespère de l'avenir. Elle pleure sans cesse. Quelques jours après, elle se sent entraînée au suicide. Une sorte de force intérieure la pousse à se pendre. Une angoisse terrible lui serre la poitrine, se manifestant par accès. Au plus fort des accès, il lui semble qu'une voix intérieure lui dit : « Pends-toi, il faut te pendre ! » Elle lutte de toutes ses forces contre l'entraînement qui lui vient de cette voix. Elle se répond à elle-même qu'elle ne veut pas mourir. Et il lui arrive même de formuler cette réponse tout haut, tant est forte son illusion d'avoir en elle une seconde personne (1).

Avec des alternatives de mieux et de pire, cet état a duré onze années (de 23 ans à 34 ans). L'obsession-suicide disparaissait quelques jours, puis revenait. L'état était pire le matin que le soir ; souvent le milieu du jour y apportait une grande amélioration, surtout si la malade dormait un peu après le repas de midi, ce qu'elle était naturellement portée à faire. La présence auprès d'elle d'une personne amie avait aussi une action très favorable.

Pendant toute cette période, sommeil irrégulier, interrompu par des cauchemars obsédants, toujours les mêmes.

(1) A ce moment, elle éprouve dans la tête une sensation anormale, vaguement douloureuse. Cette sensation est très différente du mal de tête habituel, que la malade connaît bien pour l'éprouver au moment des règles. « Quand je souffre beaucoup, dit-elle, je suis toute attentive à mon mal et je n'ai pas d'obsession. »

Vers la fin de cette période, M. qui avait toujours été maigre — puisqu'elle pesait à 29 ans 46-47 kgr. — s'est mise à grossir ; en quelques année, à partir de 31 ans, elle a atteint 80 kgr.

A 34 ans, elle se remarie. Elle est de nouveau heureuse. Tristesse et obsession la quittent alors complètement. Elle retrouve sa santé, son entrain et son caractère antérieurs. Mais 4 ans après (janvier 31), nouvelle secousse. Son mari tombe amoureux de sa belle-fille, et, un jour, tous deux quittent la maison après une discussion violente avec M. Celle-ci, encore sous l'influence de la dispute, tombe sans connaissance dans la rue. Quand elle reprend ses sens, on la ramène chez elle, mais, pendant 4 jours, elle présente la plus grande confusion dans les idées : elle ne reconnaît plus les lieux ni les personnes, elle bavarde à tort et à travers, elle fait sans cesse des gestes et des grimaces. De ces quatre jours, elle n'a gardé aucun souvenir. Dès que la conscience lui revient, elle est de nouveau en proie à la tristesse et à la hantise de la pendaison. Les troubles reproduisent exactement le tableau clinique du 1er épisode de la maladie. La santé fléchit ; le sommeil est mauvais, l'appétit médiocre. Le poids a baissé en dix mois de 18 kgr. (de janvier à novembre 31, de 80 à 62 kgr.).

Tant que les ennuis de la malade ont persisté, il n'y a pas eu d'amélioration appréciable. Mais, depuis novembre 1931, le mari est revenu chez lui ; aussitôt, diminution des troubles, reprise de poids (2 kgr.). La guérison a été complète en quelques mois.

Antécédents. — I. *Familiaux :* Père de haute taille et de forte corpulence. Ayant eu des soucis, il s'est mis à boire. Suicidé par pendaison à 52 ans (en 1908). Mère de santé délicate, très nerveuse, sujette à la migraine, très maigre, morte à 64 ans (1929). Ont eu 4 enfants, vivants. Tous sont bien portants et de forte corpulence. Il est à noter qu'une fille a suivi quant à l'embonpoint la même évolution que Marguerite : d'abord maigre, puis très grosse.

II. *Personnels :* Mariée à 18 ans. Deux filles. Remariée à 34 ans. A 29 ans, fausse-couche (enfant mort-né). Peu après, cécité progressive ; devenue complète pour l'œil gauche. A la suite de 72 injections intraveineuses de cyanure de mercure, la vue redevient normale. Sujette aux douleurs articulaires et aux céphalées.

Etat organique. — Bonne santé habituelle. Congestion fréquente du visage, surtout après le repas T.A. 17/8 Vaquez. Règles régulières, mais peu abondantes, accompagnées de céphalées.

Caractère. — En dehors des crises obsédantes, le caractère est expansif, gai, sociable, très confiant, très affectif. Grande activité physique. Tendance à la colère rouge ; à mesure qu'elle acquiert de l'âge, toutefois, la malade dit prendre de l'empire sur elle même. Intelligence bonne, concrète, pratique (métier de commerçante). Tendance nette à la rumination des mêmes idées, mais aucun signe de la maladie du doute.

OBSERVATION II. — *Jeanne L., 55 ans. Début à l'âge de 19 ans à la suite d'une grossesse, par un malaise indéfinissable, une tristesse et une anxiété vagues ; durée de quelques mois. Mêmes troubles deux ans après. Dans l'intervalle rien d'anormal. A l'âge de 24 ans, après une seconde grossesse, troisième accès, débutant comme les deux précédents par une tristesse indicible, un découragement profond ; bientôt il surgit des idées obsédantes de suicide : dédoublement de la personnalité, lutte intérieure, pleurs incessants. Cet accès dure quelques mois puis guérit complètement. Depuis lors, des accès tout semblables se sont produits chaque année à la saison d'automne, disparaissant chaque fois pour faire place à l'état normal. Tendance actuelle de l'obsession à devenir plus idéative ; en même temps tendance de l'état obsédant à devenir continu. Aucune tentative de suicide.*

Jeanne L. se présente à la consultation Pinel en janvier 1931, disant qu'elle est obsédée depuis septembre 1930 par l'idée de se tuer. Son histoire est longue, car elle a commencé à l'âge de 19 ans. Jeanne avait toujours été bien portante. A 16 ans et demi, elle se marie. Elle est bientôt enceinte ; grossesse et accouchement se passent le mieux du monde. Mais, peu après, Jeanne éprouve un malaise indéfinissable. Elle est triste, sans savoir pourquoi, et sans que sa tristesse se formule nettement. Elle se surprend sans cesse à porter sa main à sa gorge, comme pour s'étrangler, mais en réalité sans aucune envie de le faire. Elle sent aussi des impulsions brusques à quitter son foyer et à s'en aller elle ne sait où, en laissant une lettre d'adieux. Elle y résiste ; après quelques mois, ces troubles bizarres disparaissent. Deux ans après, à l'âge de 21 ans, de nouveau la tristesse sans raison, et les envies absurdes. Retour à l'état normal.

Puis seconde grossesse, aussi bien supportée que la première. Après l'accouchement, elle éprouve pour la troisième fois une tristesse indicible. Elle est découragée. Elle pleure sans cesse. A ce moment apparaissent des idées obsédantes de se détruire en s'étranglant, en se pendant ou en se noyant. Ces troubles durent quelques mois, puis disparaissent complètement. Mais, depuis cette époque, ils se sont manifestés tous les quatre ou cinq ans, avec une périodicité presque régulière. Chaque accès dure quelques mois et débute à l'automne. Un de ces accès a fait suite immédiatement à une hystérectomie pour salpingite.

L'obsession-suicide a des caractères bien particuliers qui sont les mêmes à chaque accès. Au plus fort de sa crise, Jeanne éprouve une sensation de vide dans sa tête. Ses idées s'embrouillent et elle n'est plus maîtresse de les diriger à sa guise. Une seule idée surnage au milieu de la confusion générale : celle du suicide. C'est, dit la malade, comme si mon cerveau ne pouvait plus penser qu'à ça ; ainsi, étant au cinéma, elle ne voit plus le film, il lui semble que son idée est

écrite sur l'écran : « Je sens en moi, dit-elle, comme s'il y avait deux cerveaux, l'un qui me suggère : Tu te tueras ! — l'autre qui se défend : Tu n'as pas de raison, pourquoi le ferais-tu ? » Elle craint de céder à cet entraînement et, bien que sa tristesse la pousse à rechercher la solitude, elle reste toujours en compagnie de quelqu'un ; elle voudrait, dit-elle, s'attacher le poignet à celui de cette personne, pour ne plus la quitter.

L'obsession s'accompagne de tout un cortège d'autres troubles, d'ordre moral et d'ordre physique. Tristesse, impressionnabilité extrême, dégoût de vivre avec les autres et de leur parler, dégoût d'agir, impatience d'être au soir pour aller dormir, désir de mourir dans la nuit. Céphalées occipitales, vertiges ; parfois tête lourde, pesanteur sus-orbitraire, puis brouillard devant les yeux pendant une 1/2 heure. Manque d'appétit. Amaigrissement. La plupart de ces symptômes sont plus accusés le matin que le soir.

A la longue, cependant, et à mesure que les accès se répétaient, l'obsession s'est un peu modifiée. Au début, on l'a vu, elle consistait plutôt en une impulsion consciente sans contenu idéatif. Puis, ce fut une obsession bien caractérisée. Depuis cinq ans environ, l'entraînement à l'acte diminue. L'obsession consiste plutôt en une sorte de vision intérieure hallucinante de l'acte s'effectuant. Ainsi, lors de son dernier accès (septembre 1930), Jeanne se voyait pendue, s'entendait pousser des cris, voyait les gens accourant pour la secourir. Elle lutte contre l'entraînement venant de cette fantasmagorie imaginative et cette lutte se traduit par un véritable dialogue intérieur. Il semble que, parallèlement à cette évolution de l'obsession, l'état obsédant tend à s'intaller d'une manière plus continue ; il n'a pas lâché prise de septembre 1930 à septembre 1931. L'amélioration a commencé au début de 1932. Les bons moments sont devenus de plus en plus fréquents ; Jeanne retrouve une certaine gaieté, elle se prend à rire, à chanter. Mais, de temps à autre, « l'obsession, dit-elle, fond sur moi brusquement ». Le sommeil est meilleur. Le poids augmente : il avait baissé jusqu'à 56 kgr. (septembre 1931) ; en février 32, il est à 61 kgr.

Antécédents. — I. *Familiaux :* Père de forte corpulence, de teint rouge, mort à 71 ans, vraisemblablement d'une affection cardiaque. Mère de haute taille, maigre, de teint pâle, d'un caractère suggestible, peureux, très émotif, morte à 51 ans d'une fluxion de poitrine. Ont eu 7 enfants : Un fils, maigre et pâle comme la mère, de caractère équilibré, marié et père de 2 enfants, âgé de 72 ans. Une fille de forte corpulence, de teint pâle, très nerveuse, morte en couches. Un fils de forte corpulence, de caractère gai et exubérant, marié et père de famille. Trois enfants morts tout petits.

II. *Personnels :* Jeune fille, était de forte corpulence, de teint rouge et de bonne santé.

Mariée à 16 ans et demi. Treize mois après, met au monde un enfant très gros (11 livres), et 6 ans et demi plus tard, un second enfant. Grossesses bien supportées. Accouchements faciles.

A l'âge de 34 ans, hystérectomie pour salpingite. A la suite, gros embonpoint. Gêne respiratoire à l'effort. Accès de toux quinteuse de temps à autre, été comme hiver.

Des deux fils, l'aîné a 39 ans, il est de corpulence moyenne, de caractère emporté et un peu rancunier ; le puîné a 31 ans, il est de forte corpulence (82 kgr.) (embonpoint abdominal), de caractère très « soupe au lait ».

Etat organique. — Bon appétit. Fonctions menstruelles régulières avant l'hystérectomie. Etat cardio-vasculaire : T.A. 15/7 Vaquez. Bruit de galop cardiaque. A la radio : cœur de dimensions paraissant normales, mais avec un débord assez marqué de l'arc de l'oreillette droite. Aorte allongée, dépassant le bord supérieur de la clavicule, d'opacité très accusée ; déroulement de la crosse en O.A.G. B.-W. et Hecht H_8.

Caractère. — Avant la maladie et dans l'intervalle des accès de celle-ci, Jeanne était très gaie, exubérante, coléreuse, portée aux extrêmes : ainsi, elle riait aux éclats sans pouvoir se retenir, et, l'instant d'après, elle éprouvait une tristesse vague dont elle ne connaissait pas la raison. Elle était aussi très peureuse, et très émotive, compatissant exagérément à la peine de chacun.

Depuis la maladie, et particulièrement pendant les accès, elle est devenue beaucoup plus impressionnable encore. Elle est triste et pleure sans cesse. Elle doute de ce qu'elle fait et présente les signes caractéristiques de l'état psychasthénique ; entre les crises, ces signes persistent, atténués. Depuis le dernier accès, Jeanne n'a pas retrouvé son caractère antérieur : elle n'a plus sa gaieté ; par contre elle maîtrise mieux ses colères.

Observation III. — Marie-Louise B., 37 ans. Début il y a 3 ans, sans cause appréciable. Vers novembre, état dépressif vague ; bientôt s'y ajoute la hantise de devenir folle, et celle du suicide. Lutte énergique contre l'obsession ; dédoublement intérieur conscient ; recherche de la société. Retour vespéral. Impressionnabilité excessive. Durée des troubles : 6 mois. Guérison complète : retour de l'entrain habituel. Récidive chaque année à la même période (deux récidives).

Un frère a eu un accès dépressif, dont il a guéri complètement.

Observation IV. — Paulette Ch., 18 ans. Début à l'âge de 15 ans. Ennui vague. Sentiment d'étrangeté, crainte de devenir folle, pleurs ; guérison en quelques semaines. Se marie peu après. Il y a deux mois, à la suite d'une contrariété, crise hystérique. Après quoi, état dépressif, avec apathie. Une semaine après, surgissent brutalement dans son esprit, des craintes de devenir folle ou de tuer son mari. Lutte

anxieuse. Pleurs abondants. Maximum matinal. Etat intermittent. Les moindres incidents amènent des rechutes. Même succession de troubles : émotion, crise nerveuse, sentiment d'étrangeté, puis survenance de l'obsession.

Observation V. — Eugénie D., 30 ans. Premier accès à 27 ans. Début par un malaise vague, des vertiges, une sorte de tremblement intérieur. Ensuite obsession-impulsive de tuer quelqu'un. Pleure sans cesse. A peur de devenir folle. Se souvenant d'une syphilis ancienne qu'elle a négligée, elle croit que son mal vient de là et se fait traiter. Durée 3 mois. Guérison complète.

Deuxième accès à 30 ans, exactement semblable. Dépression intense, surtout le matin. Signes neurasthéniques. Pleurs incessants. Excitation anxieuse : va raconter son mal à tout le monde.

Syphilis contractée à 17 ans. Père et mère buveurs.

Observation VI. — Françoise D., 46 ans. Premier accès à 28 ans, à l'occasion d'une forte émotion. Obsession de tuer son mari. Lutte anxieuse. Etat dépressif sous-jacent. Pense à se suicider plutôt que de se laisser aller à ses obsessions. N'en dit rien à son mari. Ne consulte pas, estimant qu'elle a une maladie inavouable. Durée : un an. Guérison complète.

Deuxième accès à 38 ans, en tous points semblable au premier. Durée : six mois.

Troisième accès. Début voici deux mois, à l'occasion d'un deuil. Etat dépressif très accusé. Etourdissements. Bourdonnements d'oreilles intenses. Obsession meurtrière très forte, « fondant sur elle d'un seul coup ». Consulte un médecin pour la première fois. Durée 10 mois. Amélioration progressive.

Fausse-couche à 26 ans. Pas d'enfant.

Observation VII. — Suzanne D., 38 ans. Premier accès à 35 ans. Etant enceinte, se surmène au chevet de son unique fillette gravement malade, surmenage à la fois physique et émotif ; accouche peu après d'un enfant mort-né. Début, quelque temps après, d'un état dépressif avec crainte anxieuse de faire du mal à sa fillette et à son mari. Lutte. Pleurs. Guérison après quelques mois.

Second accès à 38 ans. Apparition de la même obsession. Consécutivement angoisse et tristesse. Crainte de céder à l'obsession. Gestes de défense. Deux mois après, amélioration sensible.

Observation VIII. — Marie L., 37 ans. Premier accès à 27 ans. Choc émotif. Crise nerveuse, suivie d'un état de confusion agitée pendant 48 heures. Quand elle reprend conscience, elle est obsédée par la crainte de devenir folle, elle est en proie à une tristesse vague, puis à des idées obsédantes de blesser son entourage. Guérison.

Deuxième accès à 37 ans. Choc émotif. Crise nerveuse. Reprise de

la crainte de devenir folle. Ce n'est que trois mois après que des obsessions-impulsives, semblables à celles du premier accès, surviennent brusquement. Egalement obsession-suicide. Dépression intense, surtout le matin. « Boule » épigastrique. Amélioration après quelques mois.

Observation IX. — Marie O., 34 ans. Première phase de la maladie, de 24 à 32 ans. Surmenage physique. Céphalées presque continues. Périodiquement (courtes périodes), état dépressif, apathie, impressionnabilité excessive, pleurs, obsession-suicide avec lutte anxieuse et dédoublement intérieur.

Guérison à 32 ans, époque de la première grossesse, très bien supportée. Embonpoint. Un an et demi après, soucis familiaux : dépression, tristesse, obsession impulsive de se tuer avec son enfant, sent ses bras s'agiter pour le faire, résiste de toutes ses forces. Amaigrissement modéré.

Père grand buveur.

Observation X. — Marie V., 43 ans. Premier accès à 32 ans. Surmenage physique et affectif au chevet d'un enfant. Tristesse profonde. Crainte d'être entraînée à tuer ses enfants. Durée 6 mois. Guérison. Retour de la bonne humeur antérieure. L'idée obsédante surgit parfois dans l'esprit, mais elle est aisément chassée.

Second accès à 36 ans. Début brusque. Même tableau clinique. Internement à la suite d'une tentative de suicide (avale un flacon d'iode). Guérison en trois mois.

Troisième accès à 43 ans. Début par irritabilité. Tristesse sans cause. Puis obsession impulsive de faire du mal à ses enfants. Lutte anxieuse. Dédoublement intérieur. Pense à se suicider plutôt que de céder à l'idée. Pleure sans arrêt. Craintes de maladie, de folie. Sous-jacent à tout cela un état mélancolique anxieux à prédominance matinale. Aggravation progressive vers une mélancolie anxieuse caractérisée. Anesthésie morale pénible. Idées d'indignité. Anxiété intense. Omega mélancolique. Tentative de suicide avortée. Les obsessions s'effacent du tableau, cependant d'une manière incomplète. Amaigrissement important (de 88 kgr. à 77 kgr.). Un an après, la guérison est complète.

Tendance dépressive légère du père et d'un oncle maternel.

Seconde série

Les dix-sept observations de cette série offrent le même tableau clinique que les précédentes. Mais les malades auxquels elles ont trait n'ont présenté qu'un accès. Les uns ont guéri après un temps variable. Les autres sont encore soumis à notre observation, et

nous ne sommes par conséquent pas certains d'une évolution favorable. Mais les caractères mêmes de leurs troubles nous portent à croire qu'ils auront la même destinée que les premiers.

OBSERVATION XI. — Auguste B., 49 ans. Début à l'âge de 42 ans, à la suite d'excès de boisson, en pleine nuit. Céphalée intense. Confusion légère des idées. Le médecin porte le diagnostic de congestion cérébrale. Deux semaines après, dépression, craintes de maladie et de mort. Il se sent poussé par une volonté étrangère à la sienne à se donner la mort, de n'importe quelle manière. Besoin d'une présence amie pour le retenir.

Deux ans après le début, « attaque » avec perte de connaissance transitoire et parésie de la moitié droite du corps, pendant quelques jours.

Persistance de l'état dépressif avec obsessions pendant 6 ans. Signes associés : vertiges, éblouissements. Amélioration très importante depuis un an. Hypertension artérielle 18/7 Vaquez.

OBSERVATION XII. — Maria B., 32 ans. Début voici 6 mois, par un malaise vague, de l'angoisse, des céphalées, de la fatigue mentale, une impressionnabilité excessive. Ensuite il surgit en elle l'idée de faire du mal à sa fillette. Dédoublement intérieur. Lutte et anxiété. Pleurs. Découragement, dégoût du travail. Corrélativement hallucinations visuelles hypnagogiques, et mentisme chaque soir. Guérison dix mois après.

Migraines ophtalmiques fréquentes de 11 à 23 ans, disparues ensuite.

Hérédité dépressive : Mère ayant présenté à la ménopause, pendant quelques jours chaque mois, un état dépressif, avec crainte d'aller en enfer, crainte qu'on fit du mal aux siens, visions mystiques ; morte à 47 ans d'érysipèle au cours d'un accès mélancolique.

OBSERVATION XIII. — Maurice C., 26 ans. Début eu septembre 1930, brusquement, sans cause occasionnelle, par une crise de tremblement, avec sueurs, congestion du visage, angoisse vague. La crise se passe. Le malade suit un traitement pour maigrir et perd 4 kgr. en 15 jours. Alors apparaît un état dépressif, un tremblement très accusé des mains, des idées obsédantes de suicide. Ces idées fondent sur lui d'un seul coup : bouffée congestive, lutte anxieuse, gestes de défense. Malaise surtout accusé le matin. Changement complet du caractère. Persistance de ces troubles sans amélioration appréciable pendant deux années.

Migraines ophtalmiques (trois fois l'an), depuis l'âge de 16 ans ; moins fréquentes depuis la maladie.

Hérédité similaire. Père buveur, ayant eu à plusieurs reprises l'idée obsédante de tuer sa femme ; y a toujours résisté ; mort à 41 ans d'urémie après avoir eu « deux attaques de paralysie ».

Observation XIV. — Antoinette D., 22 ans. Début en novembre 1931, à la suite de surmenage. Se sentait fatiguée, les idées embrouillées. Brusquement, en lisant l'histoire du « fourreur », elle est envahie par la pensée qu'elle va faire du mal à sa grand'mère ; bouffée congestive au visage, sueurs. Sentiment confus qu'elle est coupable d'un crime. Voyant des gendarmes, croit qu'ils vont l'arrêter. Puis reconnaît l'absurdité de ses craintes. Depuis ce temps, état dépressif, surtout le matin ; irritabilité, dégoût du travail, pleurs incessants, impulsion obsédante de frapper sa grand'mère, ou ses collègues de bureau. A d'autres moments, crainte d'aller en prison pour un crime qu'elle « va » commettre.

Père très nerveux.

Observation XV. — Marie-Louise F., 50 ans. A la suite d'ennuis, il y a 2 ans, changement de caractère et dépression légère. Aggravation deux ans après, à la suite d'une peur. Crise hystérique sans convulsions. Etat dépressif plus accusé. Isolement. Découragement. Par accès son malaise s'accroît, et il surgit en elle la pensée obsédante de tuer son mari. Dédoublement intérieur. Lutte. Hallucination psychique ; répond tout haut à sa voix intérieure. Pleurs abondants. Pense à se suicider.

Evolution rémittente depuis 8 mois ; idée obsédante de s'étrangler. A deux reprises, essaie de se serrer la gorge, mais s'arrête aussitôt. De temps à autre, crises névropathiques.

Observation XVI. — Georgina L., 37 ans. Début il y a 2 ans, à la suite d'une fausse-couche ayant nécessité un curetage. Faiblesse extrême, insomnie. Tremblement intérieur. Amélioration par le traitement de l'état de faiblesse générale et de l'insomnie. Brusquement, un soir, ennui intense, pleurs abondants. Trois jours durant, l'état dépressif s'accentue, s'accompagnant de crises de céphalée occipitale au cours desquelles la vision se trouble. Le quatrième jour, apparition brusque d'une idée obsédante de se tuer. Fuite anxieuse chez les voisins. Puis idée de frapper son enfant. Evolution rémittente des troubles depuis deux ans.

Une sœur a présenté un état délirant polymorphe de teinte dépressive, à 32 ans, après une opération. A guéri complètement après un internement de 6 mois. Actuellement âgée de 48 ans, et normale.

Observation XVII. — Marthe M., 30 ans. Début il y a un mois et demi. Grosse émotion au spectacle du cadavre d'un voisin, lequel s'était tiré une balle dans la tête. Quelques jours après, tristesse, céphalée, crainte obsédante d'être entraînée à se tuer. Etat surtout marqué le matin. Bouffées congestives au visage. Pleurs. Changement complet du caractère.

Observation XVIII. — Yvonne M., 28 ans. Début après une période

de surmenage, en novembre 31, par un ennui très intense mais tout à fait immotivé. Angoisse et pleurs incessants pendant 3 jours. Sentiment pénible de culpabilité. Rencontrant un agent de police, elle se prend à trembler et se sent toute prête à lui demander de l'arrêter. Quelques jours plus tard, ayant lu l'histoire d'un crime, elle est brusquement envahie par la crainte de se tuer ou de blesser son entourage, elle a peur de devenir folle. Tête « vide », sifflements d'oreille. Amaigrissement de 12 kg. (63 à 51) en deux mois.

Cet état s'améliore peu à peu, de même que l'état physique (embonpoint), mais dix mois après, la guérison n'est pas encore complète.

Observation XIX. — Philippe S., 56 ans. Début en octobre 1931. Ayant perdu sa femme, vit avec sa belle-sœur. Etant à l'atelier, il ressent brusquement des vertiges, du dérobement des jambes, et un peu de confusion dans les idées. Le malaise ne dure pas, mais se répète une semaine après, à deux reprises. Fatigue générale : le malade cesse son travail. Dix jours après le début, nouveau malaise : sensation bizarre dans le ventre, cette sensation remonte, gagne la tête ; le sujet éprouve alors une céphalée occipitale, du tremblement et ses idées sont « embrouillées » ; il surgit alors en lui l'idée de tuer sa belle-sœur. Lutte contre l'idée. Fugue anxieuse. Les jours suivants, retour de l'obsession. Admission à l'hôpital.

Evolution rémittente depuis un an. Aggravation en août 1932, simulant un véritable état mélancolique anxieux. Etat organique défectueux : vertiges avec titubation, bourdonnements d'oreille persistants, léger affaiblissement de l'intelligence, amaigrissement continu (de 78 à 71) malgré un fort appétit, signes de sénilité. Surdité

Excès alcooliques anciens. Aurait eu plusieurs accès de délire alcoolique.

Observation XX. — Marie S., 40 ans. Début en septembre 1931, pendant l'allaitement de son dernier-né. Début brusque par un ennui intense et l'obsession de serrer un de ses enfants à la gorge. Fuite anxieuse chez une voisine. Evolution rémittente de l'état obsédant. Etourdissements. Sensation de vide dans la tête. Distractions. Tristesse. Ne pleure pas. Les obsessions sont variées : de se tuer, de frapper les autres, de verser le contenu de son flacon de médicament dans le verre de ses enfants. Aucune ne détermine d'acte. Bon état général. Pas d'amaigrissement.

Observation XXI. — Alice V., 26 ans. Début en octobre 1931. Séparée de son mari pendant 3 mois, elle devient triste, inquiète de l'avenir. Dix jours après son retour dans son foyer, obsession impulsive brusque de frapper avec un couteau son enfant endormi ; elle jette le couteau dans la cour. L'obsession est revenue depuis fréquemment, s'accompagnant d'anxiété, de dédoublement intérieur. Le caractère a changé : devenu triste, impressionnable, coléreux. Céphalées occipitales. Amaigrissement. Evolution rémittente depuis un an.

Hérédité dépressive : la mère a eu, vers le même âge, une période de dépression dont elle a guéri ; âgée aujourd'hui de 56 ans.

Observation XXII. — Louise W., 52 ans. Semble avoir présenté à l'âge de 28 ans, à la suite d'une fausse-couche avec grosse hémorragie, une transformation du caractère de type dépressif anxieux : impressionnabilité plus grande, angoisse vague, peur de mourir, fugues anxieuses conscientes. Ces troubles se sont développés pendant la guerre.

Recrudescence depuis 7-8 ans, à la suite de déboires matériels. Son état ne l'a pas inquiété jusqu'en janvier dernier. Brusquement, une nuit, elle s'éveille en proie à la crainte de mourir. Durant les jours qui suivent, elle est triste, elle appréhende toutes sortes de malheurs. Dépression physique. Trois mois après, crise anxieuse, impression de mort imminente, tremblement, idée obsédante de tuer son mari, peur de se jeter par la fenêtre. Dédoublement intérieur. Lutte anxieuse. Evolution rémittente des troubles. Amaigrissement de 15 kgr. en 6 mois (de 79 à 64).

Une sœur atteinte d'encéphalite à 42 ans, actuellement parkinsonienne (48 ans).

Observation XXIII. — Louis S., 46 ans. Début par une poussée d'urticaire généralisée, accompagnée d'un état syncopal. Peu après, asthénie, insomnie, dépression morale, et idée obsédante du suicide, surtout la nuit et dans la matinée. Lutte efficace contre l'obsession. Pleurs. Durée des troubles : un an. Amaigrissement de dix kgr. Guérison.

Première poussée de maladie de Quincke pendant la guerre.

Un frère était grand buveur depuis l'âge de 20 ans ; mort à 40 ans des suites de ses abus.

Observation XXIV. — Valentine Ch., 54 ans. Folie du doute et du scrupule dans l'enfance. Hallucinations visuelles de type hystérique. A l'âge de 29 ans, un an après une fièvre typhoïde, état de dépression physique et morale, angoisse, idées sombres, céphalées. Trois jours après l'installation de cet état dépressif, surgit dans son esprit une idée obsédante de suicide. Sensation d'inévitabilité. Dédoublement intérieur et lutte contre son impulsion intérieure qu'elle personnifie en l'appelant « son Angoisse ». Obnubilation de la conscience au moment de l'accès obsédant. Une fois, une obsession impulsive homicide. L'accès dépressif dure trois semaines. Une période d'exaltation hypomaniaque avec euphorie lui fait suite. Cette exaltation s'accompagne, tout comme la dépression, d'impulsions obsédantes : à chanter ou à parler fort en public, à faire de grands gestes, des excentricités de toutes sortes. Lutte efficace contre ces impulsions. Durée de l'exaltation 10 jours. Puis état normal pendant une période de deux à quatre semaines. Ensuite reprise du cycle maniaco-dépressif. Internée 6 mois, sur sa demande. Amélioration par la suite, mais non guérison.

A 36 ans, hystérectomie. Trois mois après, aggravation de l'état nerveux. Mêmes accès. Spasme œsophagien empêchant l'alimentation. Amaigrissement extrême.

Actuellement, chronicité. A mesure que la dépression s'établit à demeure, les obsessions deviennent moins impulsives, plus idéatives.

Observation XXV. — Lucie D., 29 ans. Début à l'âge de 26 ans, alors qu'elle allaitait son enfant, à la suite d'un choc émotif. Obsession fortement impulsive d'étrangler son enfant. Résistance à l'obsession. Angoisse. Fuite chez un voisin. Etat dépressif sous-jacent, mais n'existant qu'au moment des accès obsédants. Retour fréquent de ces accès au moment des règles. A d'autres moments, obsessions impulsives de suicide, soit par précipitation, soit par asphyxie, soit par noyade. Pleure sans cesse. Craint de devenir folle. Evolution rémittente des troubles.

Hérédité similaire ; une sœur, âgée de 33 ans, en proie depuis très longtemps à l'obsession de couper les mains de sa fillette : refuse de voir un médecin.

Observation XXVI. — Claudine P., 30 ans. Début progressif, à l'âge de 28 ans, par un état dépressif, avec irritabilité ; réveils nocturnes avec mentisme. Après quelques mois, un certain soir, effervescence désordonnée de pensées, insomnie, et, le lendemain matin, état subconfusionnel avec illusions, fausses reconnaissances. Quelques jours après, obsession fortement impulsive d'étrangler son mari et de se suicider. Maximum le matin. Pleure sans cesse. Rêves de mort.

Evolution rémittente. Recrudescence sous diverses influences.

Observation XXVII. — Gabriel F., 38 ans. Maladie du doute constitutionnelle. Commotionné et blessé en 1916, il fait à la suite un épisode confusionnel avec délire onirique anxieux, amnésie consécutive. Exagération du caractère émotif.

Depuis trois mois, état de dépression physique et morale, céphalées, pleurs fréquents sans raison. Obsessions diverses. Idée de jeter son enfant dans la fosse aux ours du jardin des Plantes. Idée de suicide, ou d'auto-mutilation ; s'écarte de ses outils pour ne pas céder à l'entraînement.

Un frère atteint de chorée à 12 ans, aurait fréquemment depuis des « attaques de nerfs ».

A la lumière de ces observations, examinons d'un peu plus près les caractères cliniques de l'état obsédant qui fait l'objet de notre étude.

Causes provocatrices

Cet état obsédant débute le plus souvent à l'âge adulte, beaucoup plus tard, par conséquent, que les tendances au doute et au scrupule des formes constitutionnelles. De nos vingt-sept cas, 5 ont débuté avant l'âge de 25 ans, 16 entre 25 et 35 ans, 6 entre 35 et 60 ans.

D'ordinaire, le malade et son entourage invoquent à l'origine des troubles certains facteurs qui, au premier abord, apparaissent comme ayant, à tout le moins, joué le rôle de *Cause provocatrice.*

Chez 6 de nos malades, cette cause était représentée par un choc émotif ou affectif intense. Chez 9 autres, c'était un grand surmenage à la fois physique et moral. Dans 4 cas, c'étaient des infections débilitantes : post-abortum compliqué (3), typhoïde (1). Dans les autres observations, on ne relève aucun facteur de cette importance. Signalons toutefois que, très souvent, une émotion d'ordre banal, la lecture ou le récit d'un crime, par exemple, semble alors avoir déclenché les troubles.

Quelle est la valeur de ces causes provocatrices ? Sont-elles vraiment capables, comme le croient le malade et les siens, de produire la maladie de toutes pièces ? Pour certaines d'entre elles, on peut dans une large mesure répondre oui. En particulier, les influences débilitantes de longue durée, et les grandes secousses émotives (obs. I) nous ont paru être des causes véritablement efficientes. Encore avons-nous trouvé chez les malades les signes d'une prédisposition individuelle très importante, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Mais, par contre, les émotions banales, les petits événements de la vie quotidienne, que le malade place souvent à l'origine de son affection, ne paraissent jouer ce rôle qu'aux yeux de ceux qui se laissent tromper par une analyse trop superficielle des troubles. Il est rare, en effet, que ces facteurs inaugurent le début réel de la maladie. Beaucoup plus habituellement, ils n'agissent que sur un sujet déprimé, et viennent révéler simplement un état d'anxiété jusqu'alors latent.

Phénomènes pré-obsessionnels

En effet, comme nous l'avons signalé dans notre description, la maladie ne commence presque jamais par l'obsession. L'apparition de cette dernière est précédée par une *phase pré-obsessionnelle,*

dont l'importance est considérable. Cette phase pré-obsessionnelle peut se présenter sous quatre formes principales :

Manifestations dépressives avec anxiété I. — Manifestations de la névrose d'angoisse, se produisant par accès II. — Crises névropathiques III. — Accès de confusion mentale IV.

Dans la pratique, les deux premières formes s'associent à des degrés divers. Mais tantôt la dépression prédomine, et tantôt c'est l'angoisse.

1. Nous avons longuement décrit les manifestations dépressives. Rappelons qu'il s'agit en général d'un état dépressif conscient toujours accompagné, en premier lieu par des signes neurasthéniques (céphalée en casque, vertiges, etc.) ; en second lieu par des phénomènes d'angoisse (impressionnabilité extrême, besoin de déambulation, de fuite... etc.). Parfois il s'y ajoute l'ébauche d'un délire : idées d'auto-accusation, de culpabilité, ou de ruine, revêtant la forme obsédante.

2. Dans le second mode de début, la dépression existe aussi, mais elle est nettement effacée par les manifestations de la névrose d'angoisse. Celles-ci se produisent d'ordinaire par accès. Tantôt il s'agit d'accès *d'attente anxieuse* (Freud) ; le malade est en proie à un malaise indicible, autant physique que moral : il lui semble qu'un malheur sans nom va le frapper, lui et les siens, ou bien il est comme sous le coup d'un remords terrible. Tantôt, on observe ce que Freud a appelé les *équivalents* de la névrose d'angoisse : désordres soudains dans les fonctions organiques, accès de tremblement ou de sueurs, diarrhées brusques, fringales, éructations, bouffées congestives au visage, manifestations qu'une légère anxiété morale accompagne en sourdine. Tantôt, quoique plus rarement, survient un état d'angoisse vague, sans contenu idéique, comme dans l'attente anxieuse, mais s'accompagnant d'impulsions presque irrésistibles. Il en était ainsi chez la malade de l'obs. II qui, après une couche, fut envahie par une sorte de malaise et se sentit comme poussée à quitter sa maison pour s'enfuir au loin, et à porter sans cesse la main à sa gorge comme pour s'étrangler. Elle ne savait pas pourquoi elle faisait cela, disait-elle, et aucune idée ne se formulait dans son esprit au moment où elle le faisait.

3. Le début par une crise convulsive d'apparence hystérique n'est pas rare (obs. I. IV, VIII, XV). Il est particulièrement net dans l'obs. I. Il arrive que la maladie ne se manifeste pas immédiatement après de telles crises, mais qu'un intervalle libre sépare

ces dernières des phénomènes obsédants. Cet intervalle peut être lucide. Mais dans un certain nombre de cas, il est occupé par des troubles confusionnels.

4. La confusion mentale est en effet un mode de début assez fréquent. Séglas le signale dans ses Etudes (1). Nous l'avons vu dans nos obs. I, IV, VII, XI, XXVI. Cet état confusionnel peut être calme, se marquant par un égarement complet des idées, de la désorientation, des sensations d'étrangeté, des illusions diverses. Dans d'autres cas, il s'accompagne d'une grande agitation. Il peut ne durer que quelques heures, ou se prolonger plusieurs jours. Souvent, nous l'avons vu, il fait suite à une crise convulsive. Et, en général, l'obsession apparaît au moment précis où il s'efface.

Il existe un rapport assez intime entre la nature de la cause occasionnelle et le mode de début. En particulier, un gros choc émotif est souvent suivi de crises hystériques, elles-mêmes prolongées par une période confusionnelle (obs. I et VIII). Par contre, les influences débilitantes de longue durée déterminent plutôt un état de dépression progressive (par exemple obs. XII).

Cette phase pré-obsessionnelle a une durée variable. Parfois, elle est si courte que l'obsession-impulsive semble apparue d'emblée. Mais, le plus habituellement, elle se prolonge pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois. Dans certains cas, même, tout semble rentrer dans l'ordre, mais le sujet est en quelque sorte sensibilisé, et le moindre incident va faire éclater les manifestations obsédantes (ainsi obs. I, II, IV).

Phase obsessionnelle

D'ordinaire, les obsessions n'apparaissent pas toutes seules ; certaines causes occasionnelles ont le pouvoir de les faire surgir. C'est parfois l'émotion initiale qui se répète. Plus souvent, c'est un incident d'une banalité extrême, l'annonce de la maladie ou de la mort d'un voisin, le récit d'un crime accompli, comme le disent les journalistes, par un « neurasthénique ».

Le sujet, aussitôt, se sent envahi par l'angoisse, et l'obsession du suicide ou de l'homicide surgit en lui. Mais encore une fois, elle n'apparaît que chez les prédisposés, et seulement lorsque ceux-

(1) « Dans quelques cas, on a noté une invasion tumultueuse sous la forme d'une véritable période de confusion mentale hallucinatoire d'apparence maniaque ou mélancolique. » Etudes, p. 70.

ci sont dans un état de dépression. De la sorte, s'expliquent certaines particularités curieuses de l'évolution de cette maladie : notamment la recrudescence quasi-épidémique des crises chez toute une série de sujets, à l'occasion d'une grande cause criminelle qui passionne l'opinion ; c'est ainsi que quelques-uns de nos malades ont fait un accès obsédant en apprenant par les journaux le crime du « fourreur ».

L'obsession impulsive est souvent précédée par des phénomènes morbides qui prennent bien vite, aux yeux du malade, la valeur d'un signe d'alarme, car ils sont les mêmes pour chaque accès. Tantôt c'est une recrudescence de la tristesse et de l'angoisse, tantôt c'est un trouble plus brusque, une véritable *aura ;* comme l'avait montré Morel dans son travail initial, cette aura est le plus habituellement épigastrique, et il tirait de ce siège un argument en faveur de sa doctrine de la névrose du système nerveux ganglionnaire. L'aura consiste en une sensation toujours pénible, soit de chaleur, soit de gonflement, irradiant l'une et l'autre de la région xyphoïdienne profonde vers le thorax, puis le cou. Parfois, elle s'accompagne d'un sentiment de mort imminente et d'une défaillance lipothymique.

Puis l'obsession apparaît. Son invasion est brusque, tous les malades s'accordent à le dire. « Elle surgit en moi » disent les uns. « Elle fond sur moi d'un seul coup » disent les autres. Et ces paroles montrent en même temps l'emprise que l'état obsédant exerce d'emblée sur la volonté du sujet.

Nous avons déjà écrit les phases principales de la lutte du sujet contre son obsession. Il n'est pas inutile de souligner ici les principaux caractères de cette obsession.

1. En premier lieu, elle est essentiellement de nature émotive-affective. Nous voulons signifier par là que la formule par laquelle elle s'exprime est peu de chose. Au début, il arrive même que l'obsession ne se formule pas : c'est, disent les malades, comme si j'étais attiré par un aimant, ou comme si j'étais poussé par une force contraire à ma volonté ; c'est bien là le « vertige mental » de Lasègue. Nous avons vu, par exemple, chez la malade de l'obs. II, que l'angoisse pouvait s'accompagner d'une tendance à la fugue ou au suicide qu'aucune pensée ne soulignait. La contre-épreuve nous sera fournie par l'évolution de la maladie ; quand la phase de dépression est à son déclin, les mêmes pensées assaillent encore le sujet, mais, dit celui-ci, « je prends mieux le dessus », — « je les trouve risibles » — preuve manifeste que l'angoisse est tout, et l'idée obsédante peu de chose.

2. En second lieu, les actes auxquels le sujet se sent entraîné,

et qu'il a peur d'accomplir, sont les actes les plus contraires à ses sentiments réels, et ceci marque la différence profonde entre l'état que nous étudions et les impulsions vraies. Ainsi les obsédés du suicide tiennent chèrement à la vie. Les obsédés de l'homicide sont portés à tuer les êtres qui leur sont les plus précieux au monde ; une mère sera entraînée à immoler son enfant, qu'elle vient d'arracher à une grave maladie, au prix de quels efforts et de quelles angoisses ! Ces faits d'idée obsédante de contraste sont d'ailleurs bien connus et nous n'y insisterons pas.

3. Dans certaines observations, l'obsession est très fugitive, « comme un éclair » : c'est particulièrement alors qu'elle réalise cette sorte de vertige mental à base anxieuse, où la pensée n'a aucune part. Mais, d'ordinaire, elle est plus durable ; la pensée obsédante se formule alors nettement, soit sous la forme d'une *réalisation imaginative* de l'acte suicide ou homicide, soit sous la forme d'une *hallucination psychique consciente.*

Dans le premier cas, le sujet assiste en quelque sorte en spectateur à un suicide ou à un homicide dont il est le principal acteur et que son imagination lui déroule avec un grand luxe de détails. Et parfois, les images représentées sont si vives qu'elles entraînent le malade à croire, pendant un court instant, qu'il a réellement accompli l'acte redouté.

Dans le second cas, l'entraînement au suicide ou à l'homicide semble résulter d'une sorte de voix intérieure qui commande l'acte au malade. Cette voix s'exprime toujours d'une manière familière et impérative : « Tue-toi » ou « Tu te tueras », etc. Les malades n'ont à aucun degré la conviction des délirants et il ne leur vient pas à l'esprit d'attribuer cette pensée à autrui. Certains en parlent d'une manière neutre : « Ça me dit » ou « quelque chose me dit ». D'autres disent : « Mon cerveau... » D'autres encore personnifient leur angoisse : « Mon Angoisse me serre à la gorge et me suggère », dit la malade de l'observation XXIV. Il ne s'agit donc pas ici d'une hallucination psychique ni psycho-motrice vraie, mais d'une sorte d'état faible de l'hallucination (pseudo-hallucination de Kandinsky). Toutefois, nous sommes sur le chemin du délire, et nous allons en trouver la preuve dans certains des caractères de la lutte que le sujet engage contre l'envahissement obsédant.

4. Il y a en effet une lutte énergique. A tort ou à raison, l'anxieux se croit sur le point d'accomplir un acte qui lui fait horreur. Il résiste de toutes ses forces. Souvent, il sent en lui comme deux êtres en conflit, l'un qui le pousse à l'acte, l'autre qui résiste à l'entraînement. La lutte se marque alors par un

véritable dialogue intérieur, et, souvent, l'impression d'une voix étrangère impérative est si forte, que le sujet, en proie à un très court délire et pour quelques secondes véritablement halluciné, crie sa réponse tout haut : « Non, je ne veux pas *le* faire ! »

Les uns s'immobilisent, crispés sur eux-mêmes. D'autres reculent avec horreur, comme pour échapper à une vision terrifiante. D'autres encore accomplissent des *gestes de défense* véritables : ils rejettent loin d'eux l'arme qui éveille leur pensée meurtrière, ils fuient le berceau de leur enfant. La plupart courent droit devant eux, et, dans leur fugue anxieuse, vont quérir le secours d'une personne amie ou étrangère. Nous l'avons vu, la présence humaine les rassure aussitôt. Une de nos malades (obs. II) aurait voulu s'attacher le poignet au poignet d'une autre personne, pour ne plus être seule à seule avec elle-même. Un autre (obs. XIII) s'en fut un jour coucher au logis de sa mère, parce qu'il avait peur, étant seul, de « faire une blague ».

5. On a dit et souvent répété, que la lucidité de l'obsédé est entière au moment de l'obsession. Séglas a très heureusement fait justice de cette opinion, en montrant que l'obsédé a sa conscience intacte avant et après l'obsession, mais non pendant. Ainsi de nos malades. Dans la plupart des cas, nous avons pu constater que l'intelligence est fortement obnubilée par l'angoisse, et que l'idée obsédante efface toutes les autres pensées, apportant un trouble profond dans la perception des choses extérieures et dans l'exercice des facultés intellectuelles. Chez certains, même, le monde extérieur disparaît presque : M. L. (obs. II), prise d'un accès obsédant étant au cinéma, ne voit plus l'écran, et n'entend plus rien de ce qui se dit autour d'elle.

6. Pendant la crise obsédante, le sujet accuse un certain nombre de malaises, dont le plus important est la *céphalée*. Cette céphalée est bien spéciale, et H. Baruk, se fondant sur ses caractères, lui a donné dans une étude récente le nom de *céphalée cénesthésique* (1). Elle ne consiste pas en une douleur vive, et, parfois le malade l'oppose nettement aux maux de tête qu'il éprouvait avant sa maladie. C'est au contraire une douleur sourde, diffuse, une sorte d'engourdissement du cerveau, selon l'expression de beaucoup de nos sujets. La tête est comme vide, ou au contraire, comme trop pleine. Le cuir chevelu est anesthésié ou hyperesthésié ; il supporte parfois mal le contact du chapeau. Cette sensation est très pénible au malade, et elle s'accompagne d'un malaise pouvant aller jusqu'à la syncope.

(1) H. Baruk. — Les Obsessions. *Bulletin Médical*, 3 octobre 1931.

7. Si l'on examine l'obsédé anxieux au moment de sa crise, on est frappé par son *masque*. Quand l'accès est court, une rougeur soudaine et fugitive envahit le visage. Mais quand il dure plus longtemps, le visage palit, les joues se creusent, les paupières inférieures se cernent ; les yeux sont en général un peu exorbités et leur expression à la fois fixe et égarée ne trompe pas un observateur averti. L'altération du faciès est parfois très soudaine, et il n'est pas rare que l'entourage du malade, à cette altération, reconnaisse le déclanchement d'un accès.

8. La crise obsédante est en général de courte durée. Elle se termine presque toujours — fait digne d'être retenu — par des *pleurs* abondants : le visage se détend, les yeux deviennent humides, les paupières forment « poche » au-dessous des yeux. En même temps le malade éprouve une lassitude intense.

Sur la terminaison de la crise obsédante ont cours, à notre avis, les opinions les plus erronées. Selon certains, quand l'acte redouté n'est pas commis, c'est que la lutte a été efficace et que le sujet a triomphé de son obsession. Rien n'est plus inexact. Ce qu'on observe, c'est que, plus le malade lutte contre l'idée envahissante, plus celle-ci acquiert de force. Vient-on au contraire à distraire l'attention du sujet, elle disparaît, et surtout, elle *disparaît d'elle-même* lorsque l'accès prend fin.

Selon d'autres auteurs, Magnan en particulier, l'obsession entraînerait irrésistiblement l'acte, et l'homicide, ainsi que le suicide, seraient d'observation fréquente. Les faits que nous avons consignés ne nous permettent pas d'accepter une pareille opinion. Les obsédés du suicide et de l'homicide ne se tuent pas, et ne commettent jamais les actes meurtriers qu'ils redoutent. Baillarger le signalait déjà et citait le cas d'une femme qui, pendant 20 ans, présenta des obsessions de cette sorte sans y céder. Aucun de nos malades n'a passé de l'obsession à l'acte. Or, pour certains d'entre eux (obs. I et II en particulier), la maladie dure depuis près de 30 années. Il y a même si loin de l'obsession à l'acte que certains malades, désespérés de leur état, et en étant arrivés à concevoir le projet de mettre fin à leurs jours, ne réussissent pas à mettre ce projet à exécution.

Il faut bien entendu que l'obsession soit *authentique* et qu'elle soit *pure*. Les observations de suicide et d'homicide rapportés par les auteurs chez des obsédés, ont trait, selon nous, à des états morbides qui n'ont pas les deux caractères énoncés. Sur ce point, nous sommes d'accord avec Pitres et Régis. Il faut tout d'abord distinguer avec soin l'homme qui est *possédé* par une idée, de celui qui en est *obsédé :* dans le premier cas, la personnalité toute

entière se rallie à l'idée qui envahit l'esprit, et l'on comprend bien que la conduite se conforme à cette idée, mais il ne s'agit pas alors d'obsession authentique. En second lieu, il est des obsessions impulsives qui constituent un simple élément d'un état morbide plus grave. Il en est ainsi lorsqu'elles s'observent chez des alcooliques, des épileptiques, des sujets gravement dégénérés ou atteints d'affections du système nerveux qui diminuent leur maîtrise d'eux-mêmes, par exemple l'encéphalite léthargique. Dans ces cas, l'irrésistibilité de l'entraînement à l'acte devient réelle, mais le tableau clinique est bien particulier, et doit être distingué de celui que nous avons dépeint. Nous aurons lieu d'y revenir, en traitant du diagnostic.

9. Faut-il donc suivre l'opinion de ceux qui, arguant des faits précédents, déclarent qu'il n'y a dans ces cas d'obsession aucune impulsion à agir, mais seulement crainte de l'acte ? Nos anxieux, en effet, sont des phobiques. Ils craignent tout, et ils craignent de craindre. Souvent s'associent aux obsessions homicide et suicide des obsessions de nature hypochondriaque.

Mais nous ne croyons pas qu'on puisse assimiler la phobie d'un acte à la phobie d'une maladie ou de la mort. Dans le second cas, il y a seulement crainte, crainte d'une atteinte extérieure. Dans le premier, par contre, il y a d'une part, un entraînement réel à commettre un acte, et d'autre part une résistance anxieuse à cet entraînement, A ce point de vue, les mots employés d'habitude ne nous semblent pas définir très exactement le trouble que nous étudions. L'expression qui conviendrait le mieux nous paraît être celle de *hantise obsédante* du suicide ou de l'homicide, le mot hantise exprimant bien l'envahissement partiel de la personnalité du sujet par l'idée, et les actes naissants que cette idée détermine. Qu'il y ait entraînement réel aux actes redoutés, qu'il y ait une action en imminence d'être accomplie, ce nous semble prouvé par la conduite de plusieurs de nos malades. Ils nous déclarent en effet qu'ils ne se sentent plus maîtres de leurs gestes, qu'ils « sentent leurs mains partir » par exemple ; et ces déclarations vérifient la notion courante en psychologie que toute idée est un acte en puissance, surtout lorsqu'elle porte en elle une forte charge affective. Ce qui le confirme encore, c'est l'intensité des réactions de défense auxquelles les malades se livrent (cf. plus haut).

Remarquons dès maintenant combien ces états obsédants anxieux sont différents de ceux qu'on observe dans certains états constitutionnels, chez les obsédés du doute en particulier. Ici, pas d'obsessions touchant aux instincts vitaux les plus profonds ; au

contraire, des obsessions surtout idéatives, se produisant en quelque sorte « à froid ». Elles surviennent d'emblée, ou à la faveur d'un état de fatigue intellectuelle bien différent de la dépression morale que nous venons de décrire. L'idée obsédante est jugée par le sujet comme une idée parasite, contre laquelle il lutte. Cette lutte peut déterminer un sentiment d'angoisse, mais qui n'est jamais aussi prononcé, aussi apparent que chez les malades précédents, et qui, en tous cas, est toujours *secondaire* à l'idée obsédante. Souvent aussi, l'idée obsédante est plus compliquée, le malade ayant exercé sur elle ses facultés dialectiques et l'ayant aggravée de si et de peut-être. Nous en avons un exemple très net chez un jeune homme de 20 ans, obsédé depuis son enfance, grand liseur et grand introspecteur comme les obsédés constitutionnels le sont tous. Un jour, ce malade nous déclare, avec une froideur au moins apparente, qu'il a peur de tuer sa grand'mère. Interrogé sur la manière dont cette crainte le prend, il nous dit que cela lui est venu en lisant les *Maladies de la Volonté* de Ribot. « J'y ai vu, dit-il, que certains malades étaient hantés par l'idée du meurtre, et qu'ils ne pouvaient résister parce que leur volonté était très affaiblie. Or, c'est précisément mon cas : j'ai la volonté, la concentration faible. Et, quand je m'éveille, le matin, je me demande si, par hasard, je ne me serais pas levé la nuit, en état de somnambulisme, pour tuer ma grand'mère : je ne suis rassuré que quand j'ai pu constater que celle-ci est encore en vie. ». Il y a loin, comme l'on voit, de cette *complexité abstraite* à la *simplicité concrète* des vrais obsédés de l'homicide.

Evolution

Nous l'avons vu, la crise obsédante dure de quelques minutes à quelques heures, puis s'atténue d'elle-même. Au cours même de la crise, sous diverses influences de l'entourage, se produisent de courtes rémissions. Le plus souvent, des pleurs abondants terminent la crise. Mais celle-ci va se répéter à tout propos, à la faveur de la dépression anxieuse. Dans un grand nombre de cas, les phénomènes obsédants sévissent le matin, pendant les heures où l'état dépressif est particulièrement accusé. A mesure que la journée s'avance, les craintes du malade s'apaisent, la tristesse s'efface, et les « heures claires » sont vers le soir. Plus rarement, s'observe la périodicité inverse. Les nuits sont médiocres, hantées de cauchemars obsédants. Mais elles sont parfois paradoxalement bonnes.

Dans certaines formes plus graves, les crises se rapprochent,

réalisant *l'attaque* obsédante, ou même, par l'intensité et la répétition presque incessante des troubles, un véritable *état de mal*.

Les phénomènes dépressifs et obsédants peuvent durer sous cette forme *rémittente* de quelques semaines à plusieurs années. Si leur durée est courte, l'état général n'est pas altéré. Mais, dans les formes plus prolongées, les fonctions nutritives sont atteintes : l'appétit est médiocre, les digestions lentes, la constipation habituelle. L'amaigrissement est parfois considérable.

L'évolution est différente selon les cas :

1. Un premier groupe de malades guérissent complètement ; l'accès dépressif obsédant est alors comparable à l'accès unique de mélancolie.

2. Un second groupe guérissent comme les précédents, mais, un certain nombre d'années après cette guérison, ils font une récidive qui reproduit le tableau clinique du premier accès, tout comme les mélancoliques intermittents.

Lorsque la périodicité s'est établie, la guérison complète est exceptionnelle.

3. Un troisième groupe, après plusieurs accès, voient leur affection tendre à la chronicité (ainsi II et XXIV). Chez ces malades, à mesure que l'obsession se perpétue, elle change de caractère, elle est de moins en moins impulsive et de plus en plus idéative. Cette évolution ne s'accompagne d'aucun affaiblissement des facultés.

Chez le malade XIX, nous avons pourtant noté un déficit intellectuel, mais ce cas doit être rangé à part, car il est vraisemblable que, comme dans le cas rapporté par Séglas (22 B), nous avons affaire ici à un épisode dépressif d'involution.

4. Un quatrième groupe de malades évoluent vers un délire mélancolique anxieux : nous en donnons une observation typique (obs. X). Il faut toutefois remarquer que, même dans ces cas, la conviction délirante est incomplète, et que les tentatives de suicide, accomplies puérilement, avortent toutes.

Il nous a paru que les formes qui présentent l'évolution la plus franchement périodique, sont celles où l'état dépressif est bien accusé, et surtout, où l'atteinte de l'état général, marquée en particulier par l'amaigrissement, est la plus importante. Nous ne pouvons produire ici les courbes que nous avons tracées : mais nous signalerons que, sur les dix malades composant notre première série (type périodique), huit ont présenté des chutes de poids parfois considérables (de 10 à 20 kgr.) en parallélisme étroit avec les crises obsédantes.

Formes cliniques

Nous ne rappellerons pas les formes de la maladie selon l'évolution puisqu'elles viennent d'être envisagées. Nous n'examinerons ici que les formes cliniques selon la nature de l'obsession, selon les modalités de son début, et les formes mixtes.

1. Certains malades ne présentent que l'obsession suicide, d'autres l'obsession homicide. Mais il est fréquent, en premier lieu, de voir ces deux idées obsédantes s'associer ou alterner chez le même malade ; en second lieu, de les voir coexister avec d'autres phobies : obsession de culpabilité (XIV et XVIII), obsessions hypocondriaques (très fréquentes).

L'affection que nous étudions ici est d'ailleurs très voisine d'autres états obsédants évoluant comme elle sur un fonds mélancolique. Ainsi, certaines obsessions hypocondriaques ou génitales. Ainsi la sitiomanie et la dipsomanie, dont G. Ballet a bien montré les rapports avec la psychose maniaque-dépressive.

2. Selon la cause provocatrice, la maladie peut présenter un tableau clinique différent. A la suite d'un grand choc émotif, l'affection débute par une période confusionnelle, et l'obsession apparaît ensuite, sous la forme d'un reliquat post-onirique. Fait remarquable, l'idée obsédante reproduit les circonstances de l'émotion initiale. Ainsi, la malade de l'obs. I, ayant vu à l'âge de 16 ans son père pendu dans le grenier, tombe sans connaissance. Pendant plusieurs années, ces pertes de connaissance se reproduisent à la moindre contrariété. Et, un jour, à la faveur d'un autre choc moral, elle est obsédée par l'idée de se suicider par pendaison (*Phobie traumatique* de Freud). Quand la cause provocatrice est un long surmenage, la maladie prend la forme dépressive simple, nous l'avons dit.

Dans quelques cas, l'accès dépressif avec obsessions a été précédé par un ou plusieurs accès de mélancolie simple.

Enfin, il n'est pas rare que le début soit marqué par des troubles organiques (obs. XI et XIX). Ainsi, chez le malade de l'obs. XI, les premières manifestations obsédantes paraissent avoir été liées à une congestion cérébrale *a crapula,* chez un sujet pléthorique et légèrement hypertendu ; cette congestion s'est d'ailleurs répétée deux ans après, déterminant cette fois une parésie transitoire, comme on l'observe chez les maniaques et les paralytiques généraux, qui sont, eux aussi, des pléthoriques.

3. Il est des formes d'obsession suicide ou homicide qui ne

répondent cependant pas exactement au tableau que nous avons fait. Nous avons en effet accusé les traits de ce tableau pour mieux l'opposer à celui que réalisent les impulsions. Mais nous devons bien dire qu'il y a entre ces états si éloignés l'un de l'autre des formes de transition. Certains malades sont en quelque sorte à mi-chemin de l'obsession et de l'idée fixe, et les symptômes sont alors ceux d'un état mixte où se mélangent les caractères de deux affections différentes.

D'une manière analogue, nous avons opposé nos malades à ceux qui présentent depuis leur enfance des doutes et des scrupules. Nous soulignerons bientôt cette opposition. Toutefois, nous devons remarquer ici qu'il est des cas où, sur un fonds de psychasthénie constitutionnelle, se greffent des obsessions suicides ou homicides : ainsi nos obs. XXIV et XXVII.

Diagnostic de l'état obsédant et ses rapports avec les autres affections

Nous examinerons principalement ici trois affections, qui partagent avec celle que nous avons décrite quelques-uns de leurs symptômes ; ce sont :

1. Les idées fixes et les impulsions.
2. La mélancolie.
3. Les états obsédants constitutionnels (1).

1. En traitant de l'évolution, nous avons souligné à plusieurs reprises le fait que nos obsédés du suicide ou de l'homicide ne passent jamais à l'acte, que leurs obsessions, selon le mot de Ladame, restent *théoriques*. Nous avons dit, et nous le répétons, que l'opinion contraire vient d'une confusion de l'état obsédant avec les idées fixes et les impulsions. Certes, l'idée fixe peut, au début, heurter quelques sentiments du malade, et être combattue par celui-ci. Mais, très rapidement, la personnalité tout entière se laisse dominer par l'idée, et l'acte criminel s'accomplit. Le plus souvent, on constate alors chez le sujet une tare héréditaire

(1) Il existe aussi des rapports entre l'obsession impulsive et la névrose hystérique, et ces rapports, nous les avons soulignés à propos de quelques symptômes (crises convulsives, auras..., etc.). Mais l'hystérie est bien déchue de l'importance qu'on lui donnait autrefois. Et surtout, elle apparaît moins comme une maladie que comme une réaction particulière du système nerveux. Aussi, nous contenterons-nous de signaler ici les rapports de ces états morbides, sans nous y appesantir.

ou acquise. On sait notamment avec quelle fréquence et quelle irrésistibilité, l'impulsion suicide se transmet de génération en génération. On sait aussi que les alcooliques, les épileptiques, les encéphalitiques sont plus portés que les autres sujets à se laisser entraîner par leurs impulsions.

Si donc l'on hésite sur l'imminence du danger que présente pour lui-même ou pour autrui, un sujet en proie à une idée de suicide ou d'homicide, il faut tout d'abord interroger son hérédité et son passé personnel. L'absence de toute tare est d'un pronostic relativement favorable.

Mais il y a mieux que ces signes indirects, pour reconnaître la nature exacte d'une idée de suicide ou d'homicide. L'analyse du tableau clinique permet, selon nous, de distinguer l'obsession impulsive de l'impulsion vraie. En particulier, l'attitude du sujet nous a paru un témoignage irrécusable de son état mental. Tandis que l'obsédé montre à son entourage et au médecin une confiance expansive, et cherche auprès d'eux le secours que sa volonté défaillante lui refuse, — par contre, l'homme en proie à une idée fixe la dissimule, et, même lorsqu'on le presse de questions, il demeure sombre et taciturne. Dans son livre *Du Suicide et de la folie suicide,* Brièrre de Boismont a très bien vu cela : « La physionomie et son expression, dit-il à propos des aliénés suicides, doivent surtout appeler l'attention ; le regard fixe, fuyant, incertain, sinistre, sont des phénomènes bien connus » et plus loin, il ajoute : « l'expression de leurs yeux est en général caractéristique ».

Nous avons noté aussi — et c'est une règle qui nous paraît souffrir peu d'exceptions — que, tandis que l'obsédé, dès la fin de sa crise, verse des larmes abondantes, par contre le sujet possédé par une idée fixe, reste l'œil « creux et sec ». Sur cet aspect de la physionomie, nous avons coutume de fonder notre pronostic ; sur lui, nous nous basons pour rassurer l'entourage des uns, et faire prendre pour les autres, toutes les mesures de surveillance propres à faire avorter leurs fâcheux desseins.

2. Après un grand nombre d'auteurs, nous avons noté chez les obsédés du suicide et de l'homicide un état de dépression morale. Et nous nous sommes appuyés sur cette constatation pour rapprocher l'affection obsédante de la Mélancolie. Le moment est venu de préciser en quoi elle lui ressemble et en quoi elle en diffère.

Nous allons tout d'abord présenter quelques remarques sur la

manière dont Deny a considéré cette question. Cet auteur, nous l'avons signalé dans notre rappel historique, englobait dans la psychose maniaque-dépressive toutes les obsessions, sans distinction de formes. L'un des arguments mis par lui au premier plan, c'est l'existence chez tous les obsédés d'une « déséquilibration constitutionnelle de l'émotivité et de la sensibilité » qu'il appelle *cyclothymie*. Mais le caractère périodique d'un trouble mental ne suffit pas, à lui seul, à classer celui-ci dans le cadre de la Maniaque-dépressive. Et nous pensons, avec Séglas, que la Mélancolie est caractérisée avant tout par un état de douleur morale et d'inhibition psycho-motrice, fonds sur lequel peuvent apparaître secondairement des idées morbides d'ordres divers, la périodicité des troubles étant un signe tout à fait accessoire.

Et, si nous pensons avec Deny qu'une *certaine* périodicité des manifestations morbides s'observe chez tous les obsédés, par contre nous soutenons que les traits caractéristiques des états mélancoliques n'appartiennent qu'à certaines formes d'obsession, celles que nous étudions ici. Nous allons rappeler rapidement ces caractères :

a. La dépression morale et physique, l'apathie, l'absence d'initiative, les troubles neurasthéniques, les idées de nature triste, les cauchemars obsédants, l'anxiété parfois très vive ; tous ces signes s'observent chez nos malades, réalisant le tableau d'une mélancolie anxieuse consciente, très proche parente de la névrose d'angoisse.

b. L'obsession qui surgit sur ce fonds de dépression a un caractère essentiellement affectif. Et, comme dans la mélancolie, où « toutes les impressions se font contraires », l'idée prend la forme contrastante. D'autre part, les variations de l'état obsédant suivent de près celles de la dépression.

c. Dans les formes périodiques, il n'est pas rare qu'un accès mélancolique alterne avec un accès obsédant ou qu'il le précède.

d. L'obsession peut évoluer vers le délire, et l'on assiste alors au développement d'une mélancolie anxieuse confirmée.

e. Réciproquement, il est fréquent d'observer, au déclin d'un accès de mélancolie anxieuse, une dégradation des idées délirantes en idées obsédantes.

f. Enfin, les conditions étiologiques sont les mêmes que celles qui président au développement de la mélancolie.

1. En premier lieu, l'affection est surtout fréquente dans le sexe féminin et à l'âge adulte, puisque 22 de nos observations sur 27 concernent des femmes entre 20 et 40 ans. Les formes constitu-

tionnelles de l'obsession, par contre, se voient également dans les deux sexes, et leurs premières manifestations apparaissent dès leur jeune âge.

2. En second lieu, les causes provocatrices sont, comme l'ont signalé Deny et ses collaborateurs, les mêmes que celles qu'on trouve à l'origine de l'accès mélancolique.

3. Ces causes, nous l'avons vu, n'exercent leur action qu'à la faveur d'une *prédisposition spéciale,* dont on trouve les caractères dans l'hérédité et dans la constitution individuelle des malades.

Tout d'abord, l'influence héréditaire est souvent manifeste. Depuis le Congrès de 1889 où J. Falret (8 B) affirma que les obsessions sont toutes héréditaires, on a beaucoup discuté sur ce point. Pour notre part, nous avons comparé les antécédents familiaux de nos obsédés déprimés, à ceux de 25 obsédés constitutionnels, et voici ce que nous avons trouvé.

Pour le premier groupe, l'hérédité nous est connue dans 26 observations. Dans 2 cas (XIII et XXV), le père, la sœur, ont présenté une obsession du même type. Dans 7 cas, on relève chez les proches parents un trouble mental revêtant le type de la folie d'accès. On note aussi avec une fréquence particulière chez les ascendants, tantôt une tendance aux excès alcooliques, et aux violentes colères, tantôt les marques d'une impressionnabilité excessive.

Pour le deuxième groupe, celui des obsédés constitutionnels, nous n'avons trouvé qu'une fois une hérédité dépressive. Mais nous avons remarqué, après beaucoup d'auteurs, la fréquence spéciale de l'hérédité similaire (manie du doute). Dans 3 cas, enfin, il existait dans la parenté des cas de délire chronique systématisé.

Après avoir interrogé l'hérédité, nous avons examiné les traits du caractère et la morphologie de nos malades.

Caractère. — Il existe chez eux des dispositions particulières du caractère, et nous ne pouvons sur ce point que souscrire à l'opinion de Deny. Mais, où nous nous séparons de cet auteur, c'est quand il place à la base de tous les états obsédants, quel qu'en soit le type, la même tendance psychopathique, résumée dans la notion de *Cyclothymie.* Il nous a paru, en effet, que les obsédés mélancoliques et les obsédés constitutionnels se montrent à ce point de vue très différents, voire opposés les uns aux autres.

Chez les premiers, nous avons trouvé avec une constance remarquable certains traits de caractère, présents dès le jeune âge. Le plus important est la *sociabilité.* Qu'ils fussent tranquilles ou exubérants, tous nos malades aimaient la compagnie. Ils étaient

expansifs et confiants, n'aimant guère garder leurs secrets pour eux-mêmes. Cette disposition de leur caractère s'est révélée très tôt, et la meilleure preuve, c'est la fréquence des mariages précoces dans le groupe que nous étudions (sur 25 sujets, 14 se sont mariés entre 15 et 20 ans, 6 entre 20 et 25, 5 entre 25 et 35). On a vu que leur manière d'être vis-à-vis du médecin est bien celle de sujets très sociables.

Le second trait de leur caractère digne d'être mentionné, c'est la tendance à ressentir d'une manière très vive certaines impressions. Tous nos sujets se montraient exagérément pitoyables à autrui, peureux à l'excès pour eux-mêmes, et craignant, au moindre malaise, une maladie grave. Mais ce qui est bien particulier, c'est que les impressions, chez eux, loin de s'intérioriser en une émotion profonde, s'extériorisent en actes et en paroles. Aussi nos malades passaient-ils pour « sans souci », et pour impulsifs. Lorsqu'on les blesse dans leur susceptibilité, ils ont la colère facile et expansive, la colère rouge, celle qui s'apaise vite et ne laisse pas de rancune.

Le troisième trait de leur caractère est la tendance à passer en un instant de l'extrême joie à l'extrême tristesse, et cela, pour des causes parfois très futiles. Ils « se laissent facilement abattre ». Leur joie est expansive, leur tristesse l'est aussi et se traduit souvent par des pleurs à la moindre émotion. Souvent même, la tristesse envahit le sujet sans raison. Il y a là, chez les malades, de petites oscillations maniaque-dépressives qui apparaissent comme étant l'équivalent atténué des accès ultérieurs.

Le caractère que nous venons de dépeindre est tout à fait semblable à celui qu'on constate chez les sujets atteints de psychose périodique. Mais ici, on relève de plus une tendance obsédante manifeste. Un grand nombre des sujets observés par nous déclarent qu'avant leur maladie, il leur arrivait d'être obsédés pendant plusieurs jours par un souci ou par une crainte. Mais il est rare que cette rumination obsédante suscite dans l'esprit des doutes, des questions, et, à ce sujet, nous avons noté l'absence habituelle des petits signes de la psychasthénie (1).

Morphologie. — Il n'est pas possible, actuellement, de parler de prédisposition individuelle aux maladies mentales, sans associer au nom de Morel, le fondateur de la notion de dégénérescence et l'initiateur des recherches sur l'hérédité, celui de l'aliéniste allemand Kretschmer. Remarquons d'abord que la description que

(1) Sur 25 malades, ces signes manquaient 16 fois ; dans 4 cas, ils étaient apparus, ébauchés, depuis la maladie ; dans 5 cas seulement, ils existaient, modérés, depuis la jeunesse.



Obs. I



Obs.VI



Obs.VIII



Obs.IX



Obs.X



Obs.XIII



Obs.XIV



Obs.XVII



Obs.XIX

PLANCHE I



Obs. XXIII



Obs. XXVII



Obs. XXV



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

PLANCHE II

Les douze premières figures de ces planches concernent des obsédés mélancoliques. Sauf la dernière (Obs. XXV), elles représentent un type très voisin du type sanguin, et qui se rencontre avec une fréquence particulière dans les cas que nous étudions ici (cf. texte).

Les trois dernières figures ont trait à des obsédés constitutionnels : corpulence beaucoup moindre ; visage souvent émacié, aux joues creuses, aux pommettes saillantes. Comparez par exemple la figure 13 à celle qui est placée au-dessus. Il est bien entendu des cas intermédiaires, dont l'interprétation morphologique n'est pas si simple, mais ils sont en plus petit nombre.

(*Ces figures sont dues à la plume du dessinateur Pazzi*).

nous avons faite du caractère de nos malades, coïncide dans une large mesure avec celle que ce dernier auteur donne du tempérament cyclothyme, prédisposé à la psychose périodique. On sait que Kretschmer, préoccupé des corrélations psycho-physiques, fait correspondre à ce type de caractère un type morphologique qu'il baptise *piknique,* et qu'il oppose à plusieurs autres types, prédisposés, eux, à la schizophrénie. L'un de nous, dans sa Thèse (1), a fait remarquer que c'était là, en partie, un retour aux idées de l'Antiquité, et il a montré que le type piknique correspond exactement au type hippocratique dénommé *Sanguin.* Nous ne pouvons ici développer longuement la morphologie de nos malades. Disons tout de suite que, chez les obsédés mélancoliques, nous avons observé avec une particulière fréquence le type sanguin (18 cas sur 27). Ce type structural est caractérisé par un certain embonpoint, des formes enveloppées, peu « osseuses », un grand développement du tronc, qui est épais et massif, un teint très coloré, une peau souple et humide. Le visage est bien en chair et régulièrement conformé (cf. Planche). Les cas qui font exception concernent des sujets de structure moins corpulente, mais se rapprochant cependant des précédents par certains traits : notamment la rougeur habituelle du teint.

Très différente est la structure du corps de la plupart des obsédés constitutionnels. Ceux-ci sont de corpulence grêle ou « osseuse », de membres longs. Leur embonpoint est médiocre, et les reliefs musculaires font saillie sous une peau sèche. Le visage est souvent du type *rétracté-bossué* (Sigaud), c'est-à-dire, marqué de creux et de bosses, la peau étant plaquée sur les plans osseux sous-jacents (cf. Planche).

3. En de nombreux points de cette étude, nous avons parlé des obsédés du doute et du scrupule, pour les opposer aux obsédés mélancoliques. Nous ne reviendrons pas en détail sur cette opposition mais nous allons la schématiser par un tableau (page 451).

Conclusions

I. Les obsessions impulsives du suicide et de l'homicide doivent être distinguées avec soin des impulsions vraies. Elles se développent à la faveur d'un état dépressif, et le tableau clinique qu'elles réalisent s'apparente très intimement à la mélancolie.

(1) L. CORMAN. — *La Constitution physique des P. G.* Voir particulièrement p. 213-310 : Les Tempéraments, et aussi les planches illustrées.

O. MÉLANCOLIQUES	O. CONSTITUTIONNELS
I. Caractères de l'état obsédant	
Acquis, se produisant par accès, tendant à la guérison.	Constitutionnel : accentuation du caractère, tend à la chronicité.
Secondaire à un état dépressif anxieux.	Primitif : la dépression et l'angoisse manquent ou sont réactionnelles.
Type d'obsession crainte ou impulsion, touchant aux instincts de valeur vitale.	Type d'obsession idéative, souvent étrangère à l'individu.
Obsession concrète, simple, *vécue* par le malade, mais non raisonnée. L'état affectif y est tout, la réflexion nulle (Kretschmer).	Obsession abstraite, compliquée par le raisonnement, par les si et les peut-être (manie des questions).
Lutte contre l'obsession se marquant par une forte angoisse, des troubles vaso-moteurs, une obnubilation de la conscience parfois très accusée.	Lutte toute intérieure, s'effectuant « à froid », obnubilation de la conscience moins accusée.
Evolue parfois vers la mélancolie anxieuse.	Evolue parfois vers un état obsédant grave, rarement vers un délire systématisé (Vurpas et Corman 23 C).
II. Caractère des malades (cf. Vurpas 23 B)	
Sociabilité très développée : Bavardage facile ; d'emblée en confiance avec l'entourage, avec le médecin.	Sociabilité médiocre : taciturnes et solitaires, se défient de leur entourage (fréquence des idées obsédantes de persécution), hésitent avant de consulter un médecin.
Affectivité expansive « tout en dehors », se marient tôt.	Affectivité contenue, vie intérieure intense, se marient tard ou point.
Confiants en eux-mêmes. Beaucoup d'allant.	Doutent d'eux-mêmes, se montrent timides devant l'action.
Sensibilité vive : réagissent exagérément et immédiatement aux impressions. Prompts à la gaieté, prompts au découragement, prompts aussi à la colère (« soupe au lait »).	Sensibilité vive : réagissent exagérément, mais réfrènent leurs impulsions et restent extérieurement froids. Ni gais, ni tristes, mais sérieux. Des colères, mais « blanches », de celles qui laissent rancune.
Tendance obsédante : persistance des impressions affectives fortes ; pas de rumination mentale.	Tendance obsédante : parasitisme de la pensée, ruminations sur des thèmes abstraits.
Attitude simple, gaie ou triste, toujours adéquate aux sentiments.	Attitude compliquée (abstracteurs de quintessence). Mélange de timidité et d'orgueil farouche. Ecart avec la réalité concrète ; ascétisme, programme de vie... etc.

En premier lieu, cet état obsédant se présente, comme la mélancolie, sous la forme d'un accès unique ou sous la forme intermittente.

En second lieu, l'obsession n'est qu'un symptôme secondaire. Elle ne se développe que sur un fonds de dépression morale avec anxiété, qui en précède l'apparition, et l'accompagne en sourdine.

En troisième lieu, les conditions dans lesquelles cet état morbide s'établit sont analogues à celles qui règlent la production des accès de mélancolie : hérédité, soit nulle, soit dépressive ; — plus grande fréquence chez la femme ; — constitution psychique particulière ; — constitution physique très voisine de celle que les auteurs anciens, et de nos jours Kretschmer, placent à la base de la psychose maniaque-dépressive.

En quatrième lieu, il existe, entre les états obsédants homicide ou suicide et la mélancolie anxieuse, des formes de transition. D'une part, chez certains sujets, l'accès d'obsession alterne avec un accès mélancolique simple. D'autre part, il est des malades dont l'affection, après avoir débuté comme un état obsédant impulsif, verse un jour dans la mélancolie anxieuse la mieux caractérisée. Inversement, il n'est pas rare de relever des obsessions au début ou au décours de certaines mélancolies. Si bien que, suivant le moment où l'on examine ces malades, on est amené à porter tantôt le diagnostic d'état obsédant, tantôt celui de mélancolie.

II. Le rapprochement que nous proposons a déjà été soutenu par Schuele, Kræpelin, G. Ballet, Dupré, Deny et ses collaborateurs. Selon nous, il n'est pas valable pour toutes les obsessions. A côté de celles qui sont assimilables à la mélancolie (suicide, homicide, certaines phobies, dipsomanie), il en existe un certain nombre qui sont d'une nature essentiellement différente. Celles-ci ne sont pas acquises, mais constitutionnelles : elles se traduisent dès l'enfance par de l'indécision, des doutes, des scrupules, des « manies ». Elles sont surtout idéatives et tendent à la chronicité. Dans l'hérédité des sujets qui en sont atteints, on retrouve le plus souvent des états similaires. Enfin la constitution morale et physique de ces malades est très différente de celle des sujets ici étudiés.

Et nous opposons ces *obsédés constitutionnels* à ceux que nous appelons les *obsédés mélancoliques*.

III. Nous avons insisté aussi sur l'importance qui s'attache à la distinction de l'obsession et de l'idée fixe, et nous avons critiqué l'opinion abusive qui règne sur l' « irrésistibilité » de l'obsession. A ce sujet, nous avons signalé l'intérêt de certains signes, qui tra-

duisent la réaction affective de l'individu à l'idée morbide. C'est ainsi que la confiance expansive du malade, et les larmes abondantes qu'il verse pendant ses crises, constituent des indices sûrs de la forme obsédante de l'idée. Par contre, l'attitude sombre et « renfermée », la « sécheresse » de l'œil, sont en faveur de l'idée fixe, et doivent faire craindre la réalisation de l'acte.

IV. Le traitement de ces états obsédants doit s'inspirer des remarques que nous avons faites. La nature des troubles étant reconnue, on est autorisé à formuler un pronostic favorable, d'une part, quant aux craintes que le suicide ou l'homicide ne se produisent, d'autre part, quant à la terminaison de l'accès. Une excellente hygiène, une médication à la fois tonique et calmante, sont indiquées. Le séjour dans une maison spéciale est le plus souvent inutile ; il peut même être nuisible, en multipliant pour un sujet impressionnable et conscient de sa maladie les occasions d'émotion. Le repos est utile si la santé se montre atteinte, mais, dès que l'état général est meilleur, et d'emblée dans certaines formes, on conseillera le travail.

Mais il faut penser à la fréquence des récidives. Bien que l'affection soit impossible à guérir lorsqu'elle a pris le type périodique, il est possible, par des soins attentifs, de retarder dans une certaine mesure l'échéance des autres accès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baillarger. — Monomanie. *A. M. P.*, 1846 ; p, 16-18-161.
2. G. Ballet. — A) Sur une forme de Mélancolie périodique ; à propos d'un cas de Sitiomanie. *Revue Neurol.*, 1900, p. 619-622. B) Discussion à la Société Médico-psych., mars 1903.
3. Berger. — Grübelsucht, ein psychopatischer Symptom. *Arch. f. Psych.*, t. VI, 1876, p. 217.
 Grübelsucht und Zwangsvortellungen, *ibid.*, t. VIII, 1878, p. 616.
4. Dagonet. — Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. *A. M. P.*, 1870, t. II, p. 5 et 215.
5. A) G. Deny et René Charpentier. — Obsession et psychose maniaque-dépressive. *Encéphale*. Octobre 1909, t. II, p. 500.
5. B) Deny et Logre. — Mélancolie anxieuse et obsessions hallucinatoires. *Encéphale*, 1910, t. I, p. 103.
5. C) Deny et Kahn. — Congrès des aliénistes et neurologistes de Nantes, 1908.
6. Dupré. — A) Préface de l'Introduction à la Psychiatrie clinique de Kræpelin, 1907, p. VII. B) La Constitution émotive. *Paris Médical*, mai 1910.
7. Esquirol. — *Mémoire sur la Monomanie homicide.* — Maladies mentales, t. II, p. 790-843.

8. J. FALRET. — A) Folie raisonnante. *Ann. Méd. Psych.*, 1866, t. I, p. 518. B) Congrès international de médecine mentale, 1889.
9. FREUD. — Ueber die Berechtigung, von dir Neurasthenie eines bestimmten Symptomencomplex, als Angstneurose abzutrennen. *Neur. Centr.*, 1895, n° 2.
10. GRIESINGER. — Ueber einen venig bekannten psychopatischen Zustand. Vortrag gehalten in der berliner med. psych. Gesellschaft. *Arch. f. Ps.*, 1868, t. I, p. 626.
11. HECKER. — *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LII, fasc. 6, p. 1167.
12. P. JANET et RAYMOND. — Les obsessions et la Psychasthénie.
13. KRAEPELIN. — *Introduction à la Psychiatrie clinique*, traduction française, 1907, p. 345.
14. KRAFFT-EBING. — Ueber Geistesstœrungen durch Zwangsvortellungen. *Allg. Z. f. P.*, t. XXXV, 1879, p. 303.
15. LADAME. — L'obsession du meurtre. — Congrès de Bruxelles, 1893. *Comptes rendus*, p. 41.
16. MAGNAN. — A) L'obsession criminelle morbide. — Congrès de Bruxelles, 1893. *Comptes rendus*, p. 153. B) avec Legrain. *Les dégénérés.* Coll. Charcot Delove, 1895.
17. MARC. — *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840.
18. MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch. gén. de Méd.*, 1866, 6e série, t. VII, p. 385, 530 et 700.
19. MORSELLI. — *Manuale di semejotica delle malattie mentalie*, vol. I, 1885.
20. PITRES et REGIS. — *Les obsessions et les impulsions*, 1 vol. 1902, Paris.
21. SCHUELE. — *Traité clinique des Maladies mentales*, 3e éd., traduite par Dagonet et Duhamel, 1888, p. 414 et 418.
22. SÉGLAS. — A) *L'obsession.* Leçons cliniques sur les Maladies mentales, 1895, p. 57. B) Neurasthénie tardive. Idées obsédantes. Ramollissement cérébral. — *Ann. M. Psych.*, 1894, t. II, p. 153.
23. VURPAS. — A) Les formes cliniques des Obsessions. *Presse Méd.*, 4 juin 1930. B) *L'état mental des obsédés*, dans *Questions Neurologiques d'actualité*, Masson 1922. C) avec CORMAN. — Les formes graves des obsessions. *Paris Médical*, 6 août 1932.
24. WESTPHALL. — Ueber Zwangsvortellungen. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, nos 46-49.
25. WILLE. — In *Arch. f. Psych.*, 1880.

LES PSYCHOSES GRIPPALES

PAR

C. I. URECHIA

La grippe constitue une maladie dont l'étiologie est discutable, — maladie à virus filtrant ou invisible, — maladie due au microbe de Pfeiffer, — maladie due à d'autres microbes, — et dont le cadre clinique reste par conséquent assez difficile à bien délimiter. C'est ainsi qu'on parle de maladies à début grippal ou de pseudo-grippe, qu'on constate quelquefois la simultanéité de la grippe et de l'encéphalite léthargique, et qu'on discute même leur parenté ; qu'on peut enfin avoir la surprise de voir s'installer, après une pseudo-grippe, une encéphalite léthargique. La grippe, telle que nous la connaissons, est quelquefois la pandémie qui intéresse de beaucoup le plus grand nombre d'individus, et comme dans plusieurs autres maladies infectieuses, les formes cliniques, les affinités anatomiques, la gravité varient d'une épidémie à l'autre et souvent même dans le décours d'une même épidémie. Dans les grandes épidémies de 1890-91 et de 1918-19, on a constaté un grand nombre de troubles nerveux. Dans l'épidémie de l'année passé, assez légère et moins étendue que les deux précédentes, nous avons déjà signalé un certain nombre de psychoses (*Annales médico-psychologiques*, p. 179, juillet 1931). Nous présentons, dans cet article, 20 cas nouveaux, ce qui, avec les 8 cas de la note précédente, porte à 28 le nombre de nos observations (1).

1. — A. V., 37 ans, internée dans notre clinique le 25 mai 1931 ; aucune tare nerveuse dans la famille ; rougeole dans l'enfance. La maladie actuelle a débuté brusquement par de la fièvre et des troubles psychiques d'aspect maniaque. Cinq jours plus tard, la malade est

(1) Pendant l'impression de cet article, nous avons encore observé trois cas, avec le tableau confusionnel.

internée dans notre clinique ; elle présente le tableau de la manie aiguë. Langue saburrale, quelques râles de bronchite, fièvre qui monte jusqu'à 38,7, des traces d'albumine dans l'urine, arythmies cardiaques. Depuis le 2 juin, troubles confusionnels. Elle succombe le 6 juin de myocardite. A l'autopsie, stase généralisée dans tous les organes ; dégénérescence parenchymateuse, altérations du myocarde. A l'examen microscopique du cerveau, lésions dégénératives, sans rien de spécial.

2. — W. M., 20 ans, internée le 15 mars 1931. Hérédité chargée : sa mère a eu une phase de dépression après la naissance, un frère est aliéné. Dysenterie et scarlatine dans l'enfance. De caractère instable, se comportant assez mal, elle fait une grippe qui se complique de congestion pulmonaire. Quatre jours après le début de la maladie, troubles psychiques qui déterminent son internement, et nous constatons une fièvre qui ne dépasse pas 37,6 ; des troubles psychiques de caractère maniaque, s'intriquant avec des phases de confusion, et des idées paranoïdes, érotisme. Le lendemain, l'agitation augmente, la température monte à 38,4. Le 18 mars, elle se calme beaucoup, mange avec appétit, se sent très fatiguée ; on constate des symptômes de défaillance cardiaque. Le 19 mars, la température descend à 37,1 et la malade meurt subitement par collapsus cardiaque. A l'autopsie : congestion pulmonaire, myocardite. Le cerveau montre des lésions dégénératives banales.

3. — B. D., 28 ans ; sa mère a été aliénée. Au commencement d'avril 1932, grippe qui la retient sept jours au lit ; pendant ce temps insomnie rebelle et céphalée. Se sentant mieux et se croyant guérie, elle se lève et commence à travailler dans les champs. Son mari remarque cependant qu'elle a changé de caractère ; elle est devenue violente et capricieuse, néglige ses enfants et son ménage et fait de trop longues visites chez les voisins, à tel point que son mari était obligé de la ramener à la maison. Une semaine plus tard, agitation maniaque qui détermine son internement. Nous constatons un mouvement subfébrile : 37,4, et des traces de bronchite ; au point de vue psychique, le tableau d'une hypomanie avec quelquefois des rares notes de confusion. Le soir, la malade devient calme et raisonnable, pour s'agiter de nouveau le lendemain. Elle s'améliore progressivement et quitte la clinique à peu près guérie le 21 avril.

4. — M. R., 23 ans, interné le 21 mars 1931. Grippe quelques semaines auparavant. Après une semaine de relative amélioration, céphalée, insomnie, inappétence, rigidité de la nuque, troubles psychiques. A l'examen physique : myocardite, anémie, langue saburrale, anisocorie avec les réactions conservées mais un peu lentes, céphalée, légère rigidité de la nuque avec signe de Kernig ; ponction sous-occipitale négative. Au point de vue psychique, le tableau de la confusion mentale agitée, avec des hallucinations et état anxieux. Succombe par

myocardite le 24 mars. A l'autopsie, le cerveau nous apparaît anémique et l'examen microscopique, à part quelques légères infiltrations dans les méninges, nous montre des altérations dégénératives.

5. — F. J., 31 ans, nulle tare nerveuse dans la famille. Depuis quatre jours, douleurs musculaires, céphalée, température 38, troubles psychiques de caractère confusionnel et surtout hypocondriaque. Ces idées et préoccupations hypocondriaques se rapportent à son enfant et à sa propre personne avec la peur et l'anxiété de mourir.

Amené dans la clinique le 12 avril, on constate le tableau de la confusion mentale agitée, avec des crises anxieuses et terrifiantes. Prétend avoir un serpent dans l'estomac et veut se jeter par la fenêtre pour échapper à ses ennemis. Dyspnée, qu'il traduit dans son délire par un chien qui lui mord la gorge. Au point de vue physique, on constate : pneumonie droite, myocardite, température 37,6-37,4. Succombe le 28 avril. Le cerveau nous montre : congestion, hémorragie méningée, lésions dégénératives.

6. — J. M., 35 ans, internée le 19 avril ; nulle tare héréditaire ; dix jours avant son internement grippe, avec troubles psychiques le second jour. Ces troubles avaient un caractère légèrement confusionnel ; elle présente de l'insomnie et l'exagération des symptômes pendant la nuit.

Examinée dans notre clinique, on constate : température variant entre 37,6 et 39,6. Diarrhée, agitation motrice, anisocorie, foyers de congestion pulmonaire. Confusion mentale agitée avec des périodes de relative conscience. Succombe le 27 avril. Le cerveau est congestionné, avec des altérations dégénératives.

7. — E. N., 32 ans, interné le 25 juin, sans tare héréditaire dans la famille. Le 16 juin, frissons et température (38°) ; le lendemain, troubles psychiques et une congestion pulmonaire. Le malade avait des hallucinations visuelles terrifiantes ; il escaladait la fenêtre, voyant du feu dans son lit, dans sa chambre, etc. Par moments, il se rendait compte de sa maladie et priait sa famille de ne pas le laisser mourir et de prier pour lui. Le malade est maigre, pâle, avec quelques râles de bronchite, anisocorie avec réflexes conservés et lents, inappétence, incontinence ; ponction sous-occipitale négative. Au point de vue psychique, confusion mentale asthénique. Amélioration progressive. Quitte la clinique le 24 juillet, à peu près guéri.

8. — S. A., 22 ans, étudiant, interné le 8 juin ; nulle tare héréditaire. De constitution schizoïde, il fait le 2 juin une grippe avec peu de fièvre, et continue à travailler. Le 5 juin, ses collègues remarquent un changement dans son comportement ; il se sent fatigué, il est déprimé et refuse les aliments. Il va le soir chez son oncle, où il refuse les friandises, prétextant qu'elles sont empoisonnées ; il a les yeux hagards et ne veut plus retourner chez lui, parce qu'il se croit

hypnotisé. Il répète souvent qu'il résistera, qu'il est fort, et que personne ne pourra l'hypnotiser. Les jours suivants, il se croit à un moment donné le roi des Roumains et agit en conséquence, donnant des ordres. Fait une tentative avortée de suicide. Hallucinations visuelles terrifiantes. La couleur rouge l'effraie (une femme en rouge qu'il voit dans la rue, sa casquette rouge), proteste qu'il n'est pas communiste, est accusé à tort de communisme, et nous demande pardon.

Examen physique : température 37,8 ; hyperhémie de la gorge ; langue saburrale ; inappétence, insomnie, légère céphalée, asthénie.

Examen psychique : légère confusion mentale, s'exagérant en bouffées. Se croit accusé et nous demande pardon ; il se croit en prison ; il est déprimé, pleure assez souvent. Le 10 juin, température normale, amélioration ; le 14, l'amélioration progresse et le 22 juin il quitte la clinique guéri.

9. — C. E., 27 ans, interné le 17 mai. Nulle tare héréditaire. Aucune maladie infectieuse ou toxique. Au mois d'avril (23), grippe avec grande fièvre qui a duré trois semaines. Le cinquième jour de sa maladie, confusion mentale agitée, il se voyait menacé par des étrangers et voulait se défendre. En même temps s'imaginait que sa famille l'avait ruiné ; fait des tentatives de suicide ou s'attaque à sa femme. Depuis une semaine, essaie sans cesse de se suicider, et une fois il a réussi à sauter par la fenêtre en se faisant une bosse frontale.

Maigre, de constitution asthénique ; température 37,2 ; inappétence, langue chargée. Confusion mentale asthénique avec des périodes de flexibilité cireuse. Le 20 mai, la fièvre disparaît. Le 25 mai, amélioration évidente ; nous prie de le châtrer, car il entend sans cesse une voix qui lui demande s'il est homme ou femme ; idées d'auto-accusation. Le malade évolue vers le tableau psychique de la démence précoce, avec négativisme, stéréotypies, incontinence, indifférence (20 août). Complètement guéri en décembre 1932.

10. — T. I., 33 ans. Interné dans notre clinique le 12 mai. Rien d'anormal dans ses antécédents. Trois mois auparavant, frissons, fièvre, céphalée. Deux semaines plus tard, il se sent mieux, mais reste très asthénique. Essayant de se lever du lit, il observe de la paresse des membres inférieurs. Cette paresse s'accentue progressivement, envahit les membres supérieurs, et le détermine à venir à la clinique.

Légère aortite, tachycardie variable (92, 86, 96). Pupilles normales. Les réflexes tendineux sont diminués. Les réflexes cutanés sont normaux. Pas de réflexes pathologiques. Le malade accuse de la faiblesse dans les membres inférieurs et supérieurs, et marche avec difficulté, avec steppage. Paresthésies ; force dynamométrique : 20 à droite et 15 à gauche. Les mouvements passifs nous montrent une évidente diminution de force. Pas de troubles appréciables de la sensibilité. Quelques atrophies musculaires. Ponction lombaire négative à deux reprises. L'urine ne contient pas d'albumine, ni de sucre. Anémie

(3.800.000). Pas de troubles des émonctoires. Spina bifida occulta. Amélioration progressive après le traitement.

11. — B. T., 44 ans ; dans ses antécédents personnels, une maladie infectieuse pendant la guerre. Le malade se sentant mal, consulte un médecin qui constate de la fièvre ; revenu à la maison, se met au lit, et le lendemain présente des troubles psychiques : dépression avec anxiété ; il prie beaucoup pour être pardonné de ses fautes. Pendant la nuit des rêves terrifiants. Quelques phénomènes confusionnels par bouffées. Admission dans la clinique le 5 mai. Très asthénique, se tenant à peine sur ses pieds, il ne présente plus de fièvre, langue chargée ; légère anisocorie avec les réactions conservées. Ponction lombaire négative. Au point de vue psychique, confusion mentale asthénique. Accuse de la céphalée ; myocardite, qui l'emporte le 16 mai.

12. — M. J., 34 ans. Rien d'anormal dans ses antécédents. Quatre semaines auparavant, grippe avec congestion pulmonaire. Quatre jours après la disparition de la fièvre, il se lève et fait une course de deux kilomètres. Le lendemain, apparaissent des symptômes maniaques ; il reconnaissait lui-même être fou, et disait qu'il guérirait quand le bon Dieu voudrait. Interné dans la clinique le 8 février, on constate : température 37,1. La réaction de Pandy dans le liquide spinal légèrement positive, tableau classique de la manie, fait des vers où prédominent les assonnances. Quitte la clinique le 9 avril, très amélioré.

13. — S. J., 27 ans ; dans ses antécédents, rougeole ; tabagisme. Au mois de décembre 1931, grippe avec température variant entre 38 et 39°. Il ne veut pas s'aliter et présente des troubles psychiques confusionnels et des idées de persécution qui déterminent son internement ; traces d'albumine dans l'urine, température 37,6, bronchite ; dents d'hérédo-syphilitique. Au point de vue psychique, on constate une conduite bizarre qui rappelle la schizoïdie sur laquelle apparaissent quelquefois de courtes périodes de confusion et des idées de persécution. En rapport avec ces idées, des impulsions subites, surtout pendant la nuit. Sa maladie a duré trois mois avec des alternatives. Libéré, il est revu après trois mois, et nous constatons qu'il est complètement guéri.

14. — A. A., 20 ans, étudiant ; sans tares héréditaires. Interné dans la clinique médicale. Six jours auparavant, grippe avec grande température (39-40°). Il présente des troubles psychiques : délire mystique et idées de persécution. Transféré dans notre clinique, on constate : mouvement subfébrile (37,6) ; pharyngite, langue saburrale. Au point de vue psychique, aspect de manie aiguë, sur lequel se greffent parfois quelques idées délirantes de persécution. Dix jours plus tard, apparaît un état de confusion qui dure cinq jours. Après

un abcès de la cuisse, le malade se calme, devient déprimé, apathique, et ne présente que peu de symptômes de confusion. Un nouveau abcès avec 38,9 produit une nouvelle bouffée de confusion qui dure deux semaines ; amélioration ; nouvelle agitation de quelques jours, et puis guérison qui se maintient depuis cinq mois.

15. — B. Z., 27 ans, professeur de gymnastique. Dans ses antécédents : scarlatine, pneumonie, fièvre typhoïde. A la fin de février 1932, grippe sans grande température ; quoique le malade ait de l'insomnie, asthénie, constipation, inappétence, transpirations nocturnes, il continue à vaquer à ses occupations. Après treize jours, les symptômes empirent, le malade a dix pollutions dans la nuit, et présente des hallucinations olfactives et gustatives, en rapport avec son inappétence : l'eau et le lait sentent le sang ; l'air aussi a un arôme sanguin ; les aliments sont pourris et à cause de ce goût et de cette odeur il ne peut les avaler. Il a la bouche sèche et ses voies respiratoires éliminent une écume blanche. Il n'a plus de force, ses pieds sont froids, sa neurasthénie a déclanché une tuberculose. Il devient agité pendant la nuit, et demande à rester seul dans la chambre pour ne pas infecter de tuberculose les autres malades, et que personne ne le voie quand il deviendra fou.

Quand il est amené dans notre clinique, on constate encore un mouvement subfébrile à 37,8 ; albuminurie légère. Au point de vue psychique, dépression avec anxiété et préoccupations hypocondriaques. Sur ce fond mental apparaissent des phases de mélancolie avec auto-accusation : il n'est pas malade, mais il est un misérable qui n'a pas cru en Dieu ; il a été puni en conséquence, et maintenant il est devenu lépreux. Il a infecté de lèpre plusieurs malades. Il espère cependant que Dieu lui pardonnera plus tard, et il guérira de sa lèpre ; il voudrait en finir rapidement avec la vie, pour arriver aux cieux ; il restera auparavant une journée entière dans le feu du purgatoire pour ne plus avoir de péchés. Il demande un prêtre pour communier. La mémoire est cependant bonne, il est bien orienté dans l'espace et dans le temps.

Part à peu près guéri huit jours après.

16. — A. R., 35 ans ; fièvre typhoïde à huit ans. Entêté, violent, capricieux. Ses deux enfants faisant une grippe, il s'est beaucoup fatigué à les soigner en ne laissant personne s'en occuper. Il est devenu beaucoup plus nerveux et se disputait avec tout le monde. Il attrape lui-même une grippe avec mouvement subfébrile. Trois jours plus tard, éclosion de désordres psychiques. Il s'enferme avec ses enfants dans la chambre pour les soigner mieux que les médecins ; il fait un grand feu, prétextant que cette chaleur seulement peut les guérir. Il se croit, lui et ses enfants, ensorcelé et interprète tous les gestes de la famille. Il essaye d'invoquer les esprits de ses aïeux pour les délivrer. Pendant la nuit, agitation intense. Interné dans notre clinique, on constate : des traces d'albumine dans l'urine, tempéra-

ture 37,2 ; maigre, pâle, asthénique ; légère tachycardie, bronchite, inappétence, insomnie, céphalée. Le malade est maintenant calme et très fatigué. Se rappelle incomplètement ce qu'il a fait ; ne se rend pas compte exactement s'il s'est agi d'un rêve ou d'une réalité. Accuse vaguement sa femme et sa belle-sœur.

Le malade s'améliore vite, et après six jours est renvoyé complètement guéri.

17. — B. J., 35 ans ; nulle tare héréditaire dans la famille. Au mois de février, grippe avec température élevée ; le malade s'est beaucoup surmené, il a eu en outre un choc émotif (la mort de deux amis qui habitaient tout près de lui) et dans la convalescence de sa grippe a présenté des obsessions et des idées hypocondriaques ; il consulte dix médecins, présente de l'insomnie, et fait une tentative de suicide, étant convaincu d'avoir un cancer du larynx.

Interné dans notre clinique on constate : labilité du pouls, inappétence, haleine fétide, réflexes tendineux vifs, paresthésies au niveau des omoplates et de la racine des membres supérieurs, tremblements des extrémités. Des traces de sucre dans l'urine. Réserve alcaline 72. Le malade est anxieux ; il se préoccupe de l'avenir de sa femme qui n'aura pas de quoi vivre, lui étant atteint d'une maladie incurable. Il pleure et nous demande la permission d'aller se promener dans le jardin. Il est préoccupé de sa santé, craint la mort, ne s'intéresse pas aux autres malades ; la mémoire est bonne. Le jour suivant, on lui administre de la valériane, et le malade se lève brusquement de son lit, crie qu'on l'a empoisonné et veut sauter par la fenêtre. Il devient agité et anxieux, craignant la mort. La température a varié de 37,1 à 38. Les jours suivants, la température monte jusqu'à 38,9. Le malade est anxieux et soupçonne tous ceux qui l'approchent de vouloir le tuer ; il devient assez souvent agité et confus. Dans cette confusion, il exprime des idées d'empoisonnement, de suicide ou de jalousie. Amélioration progressive. Après deux semaines, il quitte la clinique complètement guéri.

18. — D. J., 46 ans, sans tare nerveuse dans la famille. En avril 1932, grippe avec congestion pulmonaire. Pendant la période fébrile, apparaît la confusion mentale qui va persister après la disparition de la fièvre, ce qui détermine son internement dans notre clinique. Le malade est faible et amaigri. A l'examen des poumons, on constate des adhérences à la base droite et des râles bronchiques ; inappétence. Au point de vue psychique, le malade donne l'impression d'être normal ; si on discute un peu plus longtemps, cependant, il déraille et on constate une foule d'idées post-oniriques. Toutes ces idées délirantes traduisent d'une manière symbolique les faits passés dans le décours de sa maladie. Il se sentait comme mort, il était froid, son cœur ne fonctionnait plus. Il a été mis dans une chapelle, près d'une femme malade. Il respirait comme une machine (dyspnée) ; « j'avais des douleurs et je suis tombé en inconscience. On a tourné un film

avec moi ; j'ai senti un météore qui est tombé sur ma tête et qui m'a entraîné au fond de l'enfer (vertiges ?) où j'ai rencontré un fleuve (compresses). J'ai prié mon beau-frère de m'amener à l'air (dyspnée); je sentais en effet l'air et je respirais difficilement ». Le malade présente ces lacunes post-oniriques dès qu'il se fatigue un peu dans la conversation et quelquefois s'agite même. Il s'améliore lentement, il commence par moments d'être incertain sur la réalité de ses idées ; il commence par se demander s'il ne s'agit pas d'un rêve, pour finir par être convaincu qu'il a été malade et que ces idées n'ont été que le résultat de sa maladie.

Après 40 jours, il est complètement guéri et quitte la clinique.

19. — G. Jean, 21 ans, manœuvre ; le père du malade est alcoolique et tabagique ; aucune maladie infectieuse jusqu'à présent. Le 14 septembre 1932, sa femme remarque qu'il a de la fièvre et de la céphalée, à ce qu'il est obligé de rester au lit. Comme ils n'avaient pas de thermomètre, on ne sait pas le degré de la fièvre qu'il a eue. Le lendemain, des amis, des collègues, viennent le voir, mais il ne les reconnaît pas et veut sortir, leur présence lui paraissant suspecte. Son état général n'est pas trop grave, car il descend du lit, mais reste à la maison. Sa femme nous raconte aussi qu'il avait de l'insomnie et l'accusait d'avoir dénoncé tous ses collègues pour les faire mettre à la porte et mourir de faim. (Dans son subconscient il craignait d'être licencié à cause de son absence du service). Il insiste sur le fait qu'il est Roumain, qu'il aime sa patrie, et qu'il n'est pas communiste ou Hongrois. Voyant sa femme qui revenait du marché, il avait crié qu'il ne voulait pas de manifestes communistes et essayé de la battre. Il pleurait assez souvent, était anxieux à cause de ces idées. Inappétence. Par moments, cependant, il devenait lucide, se rendait compte qu'il était malade et une semaine plus tard il venait spontanément nous demander son admission dans la clinique, prétextant la céphalée et la nervosité.

Examiné dans notre clinique, on constate : malade assez bien nourri, ce qui dénote que la fièvre qui n'a duré que peu de jours n'a pu être intense. Quelques râles de bronchite au poumon droit. Rien d'anormal à l'appareil cardio-vasculaire. Hyperhémie du pharynx ; langue saburrale, pas de fièvre, légère inappétence ; serrements de la tête, quelquefois de la céphalée. Quand on entre en conversation avec lui, il répond correctement, et on ne constate pas de symptômes de démence ; petit à petit, cependant, et si la conversation se prolonge et le malade se fatigue, il présente des idées post-oniriques, il revient sur les histoires avec les communistes, avec les manifestes, avec sa femme, etc. Le 30 septembre, il ne présente plus aucun trouble psychique, mais ne se rappelle pas clairement ses idées délirantes.

20. — O. M., âgée de 26 ans ; hérédité nerveuse chargée ; sa mère, d'une nature très sensible, est morte par strangulation après un accès de mélancolie ; un frère a été interné pour des accès de manie, une

sœur pour une psychose maniaque dépressive. La malade, qui s'est mariée à l'âge de 22 ans, a eu un enfant qui est mort de spasmophilie. Dans les derniers temps, plusieurs chocs émotifs qui ont convergé avec la grippe, et ont fait éclore sur ce terrain préparé par l'hérédité une psychose grippale. Le 19 septembre, en effet, la malade s'est refroidie, a fait de la fièvre et pendant la nuit n'a pu dormir, et son mari la trouve faisant des prières, dialoguant et anxieuse. Elle prétendait qu'elle craignait d'être ensorcelée par sa voisine avec laquelle elle s'était du reste disputée. Le lendemain, état confusionnel et maniaque ; fièvre qui monte jusqu'à 40°. Elle est admise dans la clinique médicale, où elle ne peut être retenue à cause de son agitation, et le 22 septembre est transférée dans notre clinique.

Chez nous on constate une fièvre de 38,6, fièvre qui oscille les jours suivants autour de 38, et une manie confusionnelle ; dans ce tableau prédominait surtout l'aspect maniaque avec beaucoup d'érotisme ; quelques symptômes schizoïdes. Le 24 septembre, la température descend jusqu'à 37, mais la malade, à cause de son agitation, se refroidit de nouveau, fait un état catarrhal des voies respiratoires et la température monte à 39°.

Le 26, amélioration marquée de l'état psychique, et le 28 on peut normalement converser avec la malade, qui se rappelle assez bien ce qu'elle avait fait pendant son agitation ; les lacunes amnésiques sont insignifiantes.

Le 30, la malade fait de nouveau des troubles psychiques ; on constate en même temps un panaris ; température 39,7-38,3. La ponction lombaire est négative. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Après deux jours, la température revient à la normale et les troubles psychiques disparaissent définitivement.

En faisant une incursion dans la littérature, on trouve des cas isolés de psychoses grippales, bien avant les épidémies des temps récents. Bonnet, par exemple, décrit une psychose grippale à l'aspect maniaque en 1837 ; en 1874 Crichton-Brown, un cas avec l'aspect de la « démence aiguë ». Avant ces auteurs nous trouvons Rush qui parle en passant de l'épidémie de grippe avec folie qui sévit en 1790. A ces époques cependant les connaissances psychiatriques étaient encore confuses et les descriptions nombreuses et imprécises. La grande épidémie de grippe de 1890-91 nous a mieux fait connaître les psychoses grippales, quoique cependant à cette époque-là l'encéphalite léthargique a pu prêter à confusion. Les épidémies de 1918-19 et les suivantes, à une époque où nous connaissons déjà l'encéphalite léthargique, ont avancé l'étude des complications nerveuses de la grippe.

La gravité et l'aspect des épidémies grippales sont variables, comme dans toutes les épidémies du reste. Et la même chose

peut être dite des psychoses. Il existe des épidémies où les psychoses sont plus fréquentes et d'autres où elles sont exceptionnelles. Dans l'épidémie de 1890-91 les troubles neuro-psychiques ont été fréquents, si nous nous rapportons aux auteurs qui ont séparé une forme nerveuse de la grippe (on avait déjà observé des myélites, des polynévrites, des paralysies oculo-motrices, des encéphalites). Il est intéressant et curieux en même temps de remarquer que les psychoses grippales ne sont pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie ou avec l'intensité de la fièvre.

Dans le groupe des maladies infectieuses génératrices de psychoses, on peut dire que la grippe vient au premier rang. Kleist, par exemple, nous dit qu'après l'épidémie de grippe de Rostock il a vu un plus grand nombre de psychoses qu'après l'épidémie de fièvre typhoïde. Althaus, en faisant la comparaison avec la rougeole, constate aussi le plus grand nombre de complications nerveuses de la grippe (quoique la rougeole atteigne surtout les enfants). Si on la compare à la fréquence des psychoses post-cholériques (Vassiliew, épidémie de 1882 ; Obregia et Pitulescu, épidémie de 1913 ; épidémie de Hamburg 1892 ; Herschmann, épidémie de 1916), on constate la même chose. Nous laissons de côté dans cette discussion les questions de races qui ne semblent pas jouer un rôle important en matière de grippe.

Le pourcentage des psychoses grippales varie d'après les auteurs, les épidémies, les régions. Dans l'épidémie de Berlin de 1890-91, nous trouvons 90 psychoses sur 6.000 cas, c'est-à-dire une proportion de 1,5 %. Aust, sur 316 cas, trouve une proportion de 5 %. Leichtenstein, sur 439 cas de grippe constate un plus grand nombre de psychoses que sur 1.000 cas de fièvre typhoïde et 3.000 pneumonies. Kirn constate la même fréquence des psychoses grippales. Entre la première et la seconde phase de l'épidémie de 1890-91 la différence de proportion est évidente. Les psychoses paraissent avoir été plus fréquentes dans l'épidémie de 1890-1891 que dans l'épidémie de 1918-19. Dans cette dernière épidémie nous trouvons d'après Riese 5 cas, Weber 9, Kleist 11, Runge 24, quelques cas de Meyer et de Boettiger. Dans l'autre épidémie, nous trouvons de Kirn 72 cas, Jutrosinski 101, Emminghaus 116, Parot et Hesnard 6. Runge dans son excellent article, auquel nous avons fait de larges emprunts, trouve dans l'ancienne littérature 112 cas : Ahrens, Althaus, Becker, Holst, Krause, Jutrosinski, Aust, Mairet, Kalischer, Munter, Mispelbaum, Klemm, Lehn, Pick, Lildy, Kræpelin, Ladame, Solbrig. Les cas sporadiques, entre ces deux grandes épidémies, n'ont été

que peu considérés ; on n'a pas rapporté non plus les cas de troubles nerveux en dehors des psychoses. On peut supposer aussi que dans les statistiques anciennes, des cas d'encéphalite léthargique se trouvent mélangés.

En ce qui concerne l'âge, les psychoses grippales intéressent surtout les individus relativement jeunes. Dans les dernières épidémies, les individus après 40 ans étaient moins intéressés ; dans la grande épidémie cependant, de 1890-91, les individus de plus de 40 cas étaient atteints en plus grande proportion. Dans la statistique de Hoppe-Seyler sur un nombre de 577 cas, nous trouvons chez les individus de 10 à 39 cas, une proportion de 88 %. Nous laissons de côté les statistiques basées sur un plus petite nombre de cas de Runge, Aust, Kripiakievics, Jutrossinski, etc., qui ne manquent pas d'être intéressantes. D'autres statistiques nous donnent une proportion de 42-50 % chez les individus âgés de plus de 30 ans. Le sexe ne paraît pas avoir d'importance, quoiqu'on ait prétendu que chez les hommes la psychose est plus fréquente (chez les jeunes), tandis que chez les femmes elle augmente de fréquence avec l'âge. Les statistiques de Althaus, Jutrosinski, Krypiskievics, Emminghaus, Runge, Rories, Aust, Eberling, Sander, Leichtenstein, ne montrent pas comparativement une différence appréciable entre les hommes et les femmes. Si les psychoses grippales peuvent se rencontrer chez des vieux, elles peuvent aussi intéresser de tout-jeunes enfants, comme ce fut le cas dans le travail de Kalischer qui a rencontré une psychose grippale chez un enfant âgé de 2 ans, et Ewald décrit une psychose hallucinatoire chez un enfant de 7 ans. En faisant la comparaison avec les psychoses qui compliquent d'autres maladies infectieuses, on constate que dans le rhumatisme, le typhus, la pneumonie, la variole, ces complications sont plus fréquentes chez les individus au-dessous de 30 ans, tandis que l'érysipèle intéresse, comme la grippe, des individus relativement plus âgés.

Dans l'ancienne littérature surtout, on prétend que, l'hérédité chargée, et la prédisposition joueraient un grand rôle dans l'éclosion et la fréquence des psychoses grippales. Kirn, Kræpelin, Adler, Jutrosinski, Krypiakievics, Klemen, Helweg, Kleist étaient d'avis qu'en général la grippe ne produit pas de psychoses chez les individus normaux. Kirn trouve l'hérédité morbide dans une proportion de 54 % ; Emminghaus 78 % ; Jutrosinski 82 % ; Runge 77 % dans la vieille épidémie, et 52 % dans celle de 1918. Les statistiques plus récentes ne montrent pas un si grand nombre d'individus tarés, mais il est juste d'affirmer seulement que les individus tarés font des complications psychosiques dans une

plus grande proportion que les individus sans hérédité chargée ; et que les vieilles statistiques sont exagérées. Au cours de la grossesse la mortalité des psychoses grippales varie entre 30 et 72 % ; aussi Olton nous donne la proportion de 30 %, Strauss 53 %, Frey 72 % ; elle devient surtout plus grave dans les deux derniers mois de la grossesse. Le pronostic est aussi plus grave dans la période de lactation. La gravité des psychoses de même que quelquefois leur apparition n'est pas en rapport avec la gravité de l'infection (Althaus, Weber, Runge, etc.). On voit en effet des formes légères, donnant lieu à des psychoses, et surtout chez les prédisposés.

Les psychoses grippales peuvent débuter dans la phase initiale de l'infection, dans la période fébrile, dans la défervescence, ou après la disparition de la fièvre. Dans les psychoses post-fébriles, il paraît que l'hérédité chargée est plus fréquente. Les psychoses fébriles se rencontrent approximativement dans une proportion de 71 % et de 30 %, tandis que les post-fébriles dans une proportion de 30 % et de 60 %. Les psychoses qui débutent dans la phase initiale de la grippe sont exceptionnelles. Les post-fébriles se rencontrent assez souvent après des formes relativement légères.

Voici d'après un tableau de Runge quelques tableaux cliniques qu'on peut rencontrer dans les psychoses post-fébriles :

1 Confusion mentale (amentia).
1 faiblesse intellectuelle.
1 dépression.
1 mélancolie stuporeuse.
2 psychogénétiques.

Dans la littérature ancienne, le même auteur trouve :

12 Confusions mentales.
11 troubles délirants.
1 faiblesse intellectuelle.
28 dépressions.
1 manie.

Il semble que les formes dépressives ont été surtout fréquentes dans les épidémies anciennes. Mais cette fréquence des formes dépressives est variable selon les épidémies, qu'il s'agisse de psychoses de la période fébrile ou post-fébrile. Dans les psychoses fébriles, les états oniriques et la confusion sont les plus fréquents. Le rôle de l'épuisement et de l'inanition doit toujours être dépisté et pris en considération.

Les formes cliniques sous lesquelles se présentent les psycho-

ses grippales sont variées ; ce sont les tableaux qu'on rencontre du reste dans toutes les infections et en partie dans les intoxications, sans rien de pathognomonique.

Le tableau maniaque et exceptionnel. Meyer le rencontre chez un malade qui avait eu en même temps la syphilis. Bonnet rencontre déjà en 1837 le tableau maniaque. Rull, Kræpelin, Weber, Hutsching, Runge rencontrent aussi le tableau maniaque. Emminghaus trouve seulement 15 cas dans la littérature. Parmi les psychoses grippales, la manie est citée par Kirn, Régis, Meyer, Passler, Hitzenberger, Meninger, Notkin, Runge, Thiel. Revilliod nous dit que la grippe peut débuter par un accès de délire aigu.

Le tableau maniaque présente rarement un tableau plus ou moins pur ; le plus souvent, il présente des petites phases confusionnelles transitoires. Quelquefois il est entrecoupé de phases dépressives ou stuporeuses, et quelquefois enfin suivi d'une phase dépressive, au point qu'on pourrait parler dans ces cas d'une psychose maniaco-dépressive. La présence d'un tableau maniaque post-grippal ne doit pas nous surprendre, — car les tableaux maniaques sont connus dans les psychoses toxiques et infectieuses (Bonhoeffer, Aschaffenburg, Bleuler, Friedlander, Kræpelin, etc.). Ces psychoses peuvent apparaître pendant la phase fébrile ou dans la convalescence ; mais en général elles se rencontrent surtout dans les formes sans grande fièvre et relativement bénignes, peu toxiques. L'inanition, une trop grande fièvre, les injections d'hyoscine, etc., peuvent faire apparaître des symptômes confusionnels sur ce tableau maniaque. Du reste, il n'est pas impossible de voir le tableau maniaque faire place à la confusion ou même à des symptômes schizoïdes, à l'hallucinose, etc. Vis-à-vis d'un tableau maniaque assez pur, on risque de ne pas reconnaître la nature grippale, surtout quand la fièvre est insignifiante, qu'on ne la cherche pas ; quand la famille n'attire pas l'attention sur la grippe qui a précédé la psychose. L'observation a montré que la grippe peut servir quelquefois à déclancher un accès de manie ; on voit en effet des malades qui font à l'occasion de cette infection une manie, ou une psychose maniaco-dépressive, qu'on voit s'installer de nouveau à plusieurs reprises, alors que la grippe ne joue plus aucun rôle. Il s'agit d'individus prédisposés qui n'attendent qu'une occasion favorable pour perdre leur équilibre affectif. On rencontre aussi des malades qui avaient déjà des accès de manie, et chez qui la grippe déclenche un accès qui serait peut-être apparu beaucoup plus tard ; enfin, il existe des individus qui font des accès (psychoses réactives) à l'occasion d'une grippe, de même qu'à l'occa-

sion d'autres manifestations toxiques ou infectieuses. Comme la manie est considérée comme une maladie constitutionnelle, il n'est pas rare et surprenant de trouver chez ces malades une hérédité nerveuse chargée, une constitution pyknique ou dysthymique.

Si le tableau maniaque est très rare, le tableau dépressif est en échange très fréquent ; il est avec la confusion le tableau le plus fréquent dans les anciennes et les récentes épidémies. Runge nous donne à ce point de vue le tableau suivant :

Epidémies anciennes : Amentia, 34 cas.
Etats délirants, 17 cas.
Faiblesse mentale, 1 cas.
Dépression, 32 cas.
Manie, 1 cas.

Epidémie de 1918-19 : Amentia, 7 cas.
Etats délirants, 3 cas.
Faiblesse infectieuse, 1 cas.
Etats apathiques, 3 cas.
Dépression, 6 cas.
Catatonie, 2 cas.
Psychogénétiques, 2 cas.

Il semble même que les états dépressifs étaient plus fréquents dans les épidémies anciennes. Runge, Aust, Weber, Emminghaus, Jutrosinski attestent que les formes dépressives sont les plus fréquentes après la confusion. Dans les épidémies anciennes, la dépression serait dans la proportion de 38 % et dans les récentes dans 25 %. D'après Jastrowitz, la dépression serait la forme la plus fréquente. Le tableau de la mélancolie avec délire d'autoaccusation ne se rencontre qu'exceptionnellement ; ce tableau est en effet instable, car il est mêlé à des idées hypocondriaques, des préoccupations organiques, des lacunes confusionnelles, des moments de relative lucidité. Le plus fréquemment, on rencontre la dépression avec tendance stuporeuse quelquefois simple, quelquefois anxieuse. Une observation attentive et prolongée des malades nous montre le plus souvent une dépression qu'on pourrait dénommer hypocondriaque ou confusionnelle. En même temps que cette tendance affective dépressive, on voit chez les malades de l'anxiété, de la légère confusion survenant surtout par bouffées, des idées hypocondriaques ou des idées vagues de préjudice. On peut rencontrer des malades qui ne présentent qu'une simple dépression avec asthénie, apathie, avec quelquefois des idées de suicide ; d'autres présentent en même temps un

état anxieux avec préoccupations organiques, craignent de mourir, de ne pas guérir ; d'autres enfin se croient menacés, poursuivis, empoisonnés, attribuant les persécutions à leurs fautes. Les préoccupations hypocondriaques peuvent, d'autre part, dominer le tableau (Aust, Ayer, Lehr, Boettiger). L'hérédité intervient tout aussi que dans la manie. Porot et Hesnard voient chez une périodique, après une infection grippale, le syndrome de Cotard. Une série de considérations que nous avons faites plus haut, à propos de la manie, s'appliquent aussi à la dépression. Mais, quoique de la même famille, c'est la dépression qui prédomine, ce qui ne peut s'expliquer que par des affinités chimico-organiques ou par des localisations différentes, et où le système endocrino-végétatif doit jouer un rôle important.

Le tableau de la confusion mentale est le plus fréquent. La confusion peut être légère ou intense ; agitée ou asthénique, voire même stuporeuse. Elle peut se présenter par bouffées, entrecoupée de lacunes plus ou moins conscientes. Sur ce fond de confusion, on rencontre assez souvent de l'anxiété, une nuance affective triste, des idées hypocondriaques. Du reste, les hallucinations variées ne sont pas très fréquentes. Un fait qui nous a frappé et que nous avons peu constaté dans la littérature, c'est l'interprétation hallucinatoire et délirante, des paresthésies ou des troubles subjectifs des malades. Un malade qui avait de la gêne respiratoire accusait un chien de lui mordre la gorge ; un malade qui avait de la fièvre, voyant le feu du poêle, croyait que son lit et ses vêtements étaient en feu ; une compresse était interprétée comme une chambre froide ou une rivière ; une sensation de vertige, comme la chute au fond de l'enfer, etc... Une brève analyse psychologique nous montre par conséquent un grand nombre d'interprétations délirantes ou symboliques. Les idées fixes post-oniriques se rencontrent quelquefois. En proie à ces idées et à ces hallucinations, les malades peuvent se jeter par la fenêtre, faire des tentatives de suicide, refuser les aliments, présenter des idées vagues et peu systématisées de persécution. Les différents symptômes de la confusion mentale, d'après leur prédominance, peuvent donner lieu, rarement du reste, au syndrome de Korsakoff (Dufour) ; on peut rencontrer aussi des confabulations, des formes hallucinatoires, paranoïdes, des formes où prédomine un délire professionnel, et des formes qui rappellent un delirium tremens (Kræpelin, Porot et Hesnard, Hlatky). Les idées de grandeur, l'érotisme sont transitoires et peu marqués. La carphologie est exceptionnelle. Dans des cas très rares, du reste, la confusion, de même qu'une légère dysar-

thrie, due à l'épuisement, de même que les pupilles légèrement anisocoriques, peuvent rappeler la paralysie générale qu'un examen un peu attentif nous permet toujours de différencier. Nous trouvons cependant des auteurs qui nous parlent d'une forme pseudo-paralytique (Parot et Hesnard, Régis, etc.).

Conformément aux idées de Régis, la confusion mentale passant à la chronicité peut donner lieu au tableau de la démence précoce. Schmitz signale depuis longtemps les formes chroniques. Menninger, sur 100 cas, prétend avoir rencontré 35 fois le tableau ou plutôt des symptômes schizoïdes. Runge rencontre des catatonies. Le même fait est affirmé par Hitzenberger, Kirn, Régis, Meyer, Passler, Notkin, Thiel, etc.

A part ces tableaux psychiques, on peut rencontrer exceptionnellement des états neurasthéniques, des obsessions et des phobies, des troubles de caractère, de la dégénérescence mentale, qui font suite aux psychoses grippales, ou bien ne représentent que la seule complication de la grippe. Nous ne parlons pas, bien entendu, des encéphalites grippales qu'on avait rencontrées surtout dans l'épidémie de 1918-19, encéphalites avec un caractère purpurique assez souvent, avec un pronostic très grave et avec des symptômes en foyer. Dans la récente épidémie, nous avons observé seulement un cas de polynévrite et un autre d'hémiplégie.

On a accusé aussi la grippe de donner lieu à des névralgies, à des migraines, etc., complications en dehors de notre cadre.

La grippe a été accusée de favoriser l'éclosion de psychoses latentes, surtout maniaco-dépressives (Kirn, Kræpelin), question difficile à résoudre et dont nous avons parlé à l'occasion des aspects maniaco-dépressifs. On a discuté aussi sur l'influence que la grippe peut avoir sur le décours et le pronostic des psychoses préexistantes. Tandis que pour Helweg, Metz, elle aurait une influence favorable, elle aurait une mauvaise influence d'après Snell et Jutrosinski. La majorité des auteurs cependant (Richter, Moeli, Sander, Althaus, etc.) ne constatent aucune influence importante sur l'évolution des psychoses préexistantes ou bien, si elle existe, elle doit être tout à fait exceptionnelle.

La durée des psychoses grippales est variable, de quelques jours à quelques mois, quelquefois six mois et exceptionnellement une année et même plus. Dans la majorité des cas, elles guérissent, et ce n'est que rarement qu'elles passent à la chronicité. La guérison peut survenir relativement vite ou lentement avec des idées fixes ou résiduelles, qui durent encore quelque temps, jusqu'à une complète guérison. La mort survient le plus

souvent par une complication pulmonaire ou une myocardite. A l'approche de la mort, la température diminue, et quelquefois on a signalé des moments lucides. Nous donnons, d'après Runge, une statistique concernant le pronostic des psychoses grippales :

Guérison : 33 cas.
Amélioration : 2 cas.
Mort : 2 cas.

Du reste, la mortalité varie plus ou moins d'après les épidémies.

L'anatomie pathologique nous montre un cerveau le plus souvent congestionné, quelquefois avec une hémorragie méningée, et quelquefois un cerveau pâle, anémique (rarement, surtout, quand la mort est due à une myocardite). L'examen microscopique nous montre des altérations dégénératives sans rien de pathognomonique. On a constaté, dans quelques rares cas, de légères et discrètes lésions inflammatoires, mais dans ces cas il faut faire encore des réserves, en ce qui concerne l'éventualité d'une encéphalite léthargique.

Au point de vue physique, les psychoses grippales ne présentent que peu de symptômes. Les pupilles, comme dans beaucoup d'états infectieux, peuvent présenter de l'anisocorie légère, fugace, variable d'un jour à l'autre ; dans quelques cas cependant, on peut rencontrer les réactions lumineuses ralenties, jamais abolies. La ponction lombaire est négative, et ce n'est que très rarement qu'on peut trouver l'albumine légèrement augmentée. L'urine peut contenir de l'albumine, très rarement du sucre. Dans de rares cas, on peut voir des symptômes de méningite. Ces symptômes sont en général peu marqués, assez souvent transitoires ; chez les malades qui succombent, on trouve de la leptoméningite et des infiltrations discrètes (1).

(1) On trouvera dans les articles suivants à peu près toutes les indications bibliographiques :

Régis. — *Psychiatrie,* p. 738.
Runge. — *Archiv. für Psychiatrie,* vol. 62, p. 1 et 305.
Meyer. — Même revue, vol. 62, p. 347.
H. Claude. — *Académie de Médecine,* 1919.
Porot et Hesnard. — *Paris médical,* 1919, p. 141.
Schaeffer. — *Presse médicale,* n° 65, 1932.

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE OUVERT ET LE CENTRE DE PROPHYLAXIE MENTALE DE LA SEINE

PAR

ED. TOULOUSE

L'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle a maintenant plus de dix années d'existence. Je voudrais à cette occasion donner un aperçu d'ensemble sur son fonctionnement et en tirer quelques observations (1).

(1) Si j'ai pu mener à bien cette tâche difficile, je le dois surtout à mes collaborateurs, que je ne puis tous citer ici à cause de leur nombre, mes assistants, mes internes, comme aussi mes collègues des Asiles de la Seine et des Hôpitaux, notamment Roubinovitch, Pactet, Vurpas, Mignot et Barbé, qui, dès le début, m'ont apporté le précieux appui de leur compétence et de leur autorité pour les consultations de l'Hôpital ; et je leur rends ici un sincère hommage.

Je dois cependant un témoignage particulier de reconnaissance à Genil-Perrin, avec qui j'ai posé les premières fondations de l'établissement, et à mon vieux collaborateur Léon Marchand, qui m'aida de toutes manières et surtout dans le développement du beau laboratoire d'anatomie-pathologique, instrument de toutes nos recherches sur l'organicité des psychoses ; à mes tout premiers collaborateurs, Targowla, qui organisa au début les laboratoires, Roger Dupouy, qui prit une large part à la création du dispensaire, Schiff, qui a collaboré activement à tous les services ; à Marguerite Badonnel, Montassut, Pichard et Mâle, mes collaborateurs de chaque jour, à Courtois, le premier serviteur de l'Hôpital comme médecin résidant et le bon ouvrier du service d'observation. Je suis reconnaissant aussi à Lahy, le promoteur de la psychotechnique en France, et à Henri Laugier, qui s'attache à fixer la discipline de la physiologie appliquée au travail, pour leur concours dans les recherches de laboratoires. Enfin, j'adresse un souvenir ému à la mémoire de mon regretté ami Mignard, qui inaugura la consultation de psychothérapie qui porte son nom.

Evolution de l'Assistance psychiatrique (1)

Peu après la promulgation de la loi de 1838 la question se posa d'établir un système d'observation avant l'internement. En 1845, l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police fut créée dans ce but, mais en application de l'article 19 de la loi, et n'était donc pas un service ouvert.

En 1867, l'Asile Ste-Anne fut inauguré. Il comprenait un Bureau d'admission pour recevoir les aliénés en vue de la répartition. Mais les malades y étaient dirigés par la voie administrative et en exécution de la loi de 1838, par conséquent déjà internés. Ce fut le service qu'illustra Magnan.

D'autre part, l'organisation du service d'observation était prévue et discutée dans les divers rapports sur le régime des aliénés, présentés au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (Napias, Joseph Reinach, Dubief), mais on y internait toujours les malades pour s'assurer du bien fondé de leur internement.

Parallèlement à ce mouvement, un autre, représenté par Théophile Roussel, Bourneville, Legrain, tendait à organiser des services de traitement ailleurs que dans des services fermés (assistance dans les familles, débiles, épileptiques, déments séniles, convalescents).

En 1891, le Département de la Seine, sur l'initiative du Dr Auguste Marie, fonda les colonies familiales d'aliénés, mais les malades étaient internés légalement.

En 1909, le Dr Rayneau créait à Fleury-les-Aubrais un « Etablissement psychothérapique » de malades pensionnaires, non soumis aux formalités de la loi de 1838, mais qui retomba en 1920 sous le régime des aliénés. C'est en 1919 que le Dr Raviart fonda à Lille la clinique d'Esquermes, qui se rapprocha, pour le régime légal, de l'Infirmerie spéciale de Paris, mais où les malades sont maintenant soumis à la loi de 1838.

D'autre part, la question de traiter hors des services fermés les malades mentaux non dangereux, selon la conception de Gilbert Ballet, fut discutée à l'Académie de Médecine en 1914.

Il existait en outre dans les hôpitaux des lits ou même des salles réservés à des malades mentaux (services de Régis à Bor-

(1) Pour l'assistance psychiatrique dans les pays étrangers, voir le rapport présenté par Ed. Toulouse, R. Dupouy et A. Courtois à la Réunion d'Hygiène et de Prophylaxie Mentales. *La Prophylaxie Mentale*, N° 55, 1932. Consulter aussi, pour les détails du fonctionnement de l'Hôpital et du Centre, mon Rapport sur le service, 1931.

deaux, de Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu, de Dupré à l'Hôtel-Dieu annexe, de Henri Claude à St-Antoine, de Crouzon à la Salpêtrière, de Laignel-Lavastine à la Pitié. Les services d'agités actuels, qui proviennent de ces formations, répondent à ce fait que toujours, dans tous les hôpitaux, il y a des malades qui présentent des troubles mentaux, qu'il faut isoler et observer avant l'envoi à l'asile, s'ils ne peuvent être suffisamment améliorés pour sortir après quelques jours.

Enfin les maisons de santé fermées d'aliénés comportaient depuis longtemps des pavillons libres pour malades aisés.

Mais il restait à créer un service ouvert d'observation et de traitement dans un asile public d'aliénés et en dehors de la loi de 1838 pour les malades indigents et nécessiteux.

Or, j'avais dès 1899, dans un rapport à la Commission mixte du Département de la Seine, chargée d'étudier l'hospitalisation des aliénés, préconisé la création dans les asiles de pavillons ouverts pour les convalescents et les malades dont les troubles mentaux ne justifiaient pas l'internement.

En 1919, chargé par la Société Médicale des Asiles de la Seine d'un rapport sur la réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les Asiles de la Seine, je proposai et fis adopter des vœux pour organiser un hôpital d'aigus à l'asile Ste-Anne, admettre les malades sans formalités légales, et créer un Office de Prophylaxie Mentale, ce qui fut réalisé.

En 1921 le regretté Henri Rousselle, sur la proposition du regretté Frédéric Brunet, fit prendre par le Conseil Général de la Seine une délibération qui fondait un service ouvert pour le traitement des psychopathes dont l'état ne nécessitait pas l'internement. Comme médecin de l'asile Ste-Anne, je fus chargé de ce service, qui fonctionna à partir du 1er juin 1922, constamment soutenu par Henri Rousselle, dont après la mort le nom fut donné à l'établissement, et par ses successeurs Henry Grangier et René Fiquet. Un service ouvert fut ensuite annexé à la Clinique de la Faculté dont le Professeur, M. Henri Claude, fut, dès le début, un défenseur précieux de la cause.

Pour aider à ces réalisations, j'avais obtenu en 1920 de M. Breton, Ministre de l'Hygiène, la création d'un *Comité d'Hygiène Mentale,* qui prépara la *Ligue d'Hygiène Mentale,* que je fondai la même année avec Genil-Perrin, sous le patronage actif de M. le Ministre Justin Godart.

La Ligue française d'Hygiène mentale donna au mouvement philanthropique américain du grand esprit Clifford W. Beers, qui avait pénétré toute l'Amérique du Nord, une base médicale et

scientifique. La Ligue contribue à l'essor mondial qui se manifesta, dès 1922, par le Congrès de Paris auquel furent représentées 22 nations qui se rallièrent à l'initiative française, et récemment en 1930 par le Congrès International de Whashington (suivi de la *Réunion Européenne d'Hygiène Mentale* que j'ai organisée avec Genil-Perrin) et qui aura sa suite en 1935, à Paris, dans le *Congrès International de Paris,* dont j'ai été élu le Président.

Le service ouvert

Le service ouvert est l'organe essentiel de la formation hospitalière que j'ai réalisée.

Il doit d'abord répondre à deux conditions :

1° Echapper aux dispositions de la loi sur les aliénés et être régi par le statut général des hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'admission, les frais de séjour, les attributions du personnel soignant.

2° Recevoir et garder dans les conditions habituelles des hôpitaux tous les malades, quelles que soient la forme et l'intensité des troubles mentaux, sans sélection préalable.

Dans les grands hôpitaux psychiatriques des pays étrangers, l'admission et le maintien sont plus ou moins subordonnés à certaines règles : pour l'entrée, certificat médical, ordre d'une autorité, nature de la maladie mentale, élimination des malades dangereux ou susceptibles d'être internés ou encore n'ayant pas de répondant, obligations spéciales concernant les frais de séjour ; et, pour le maintien, limitation de la durée de séjour, formalités administratives.

Ce sont toutes ces entraves qui créent les maux dont nous souffrons : difficulté — surtout dans certains asiles de province — de suivre le courant de la médecine générale ; méfiance du public à l'égard des établissements où les mesures restrictives sont généralisées à tous les malades ; entretien du préjugé contre toutes les formes de psychoses, dont la loi fait une maladie à part et auxquelles le mélange des cas dans un même établissement a conféré le caractère d'incurabilité ; tendance des familles à écarter de la consultation le médecin d'asile, pour ne pas faire croire qu'un des leurs a été frappé d'une maladie relevant de ce genre d'établissement ; défaveur des pouvoirs publics qui s'exprime dans la parcimonie des crédits destinés à l'entretien des asiles et à la prophylaxie mentale, alors que la lutte contre la tuberculose, la syphilis et le cancer est largement dotée.

Alors les malades ne sont pas soignés précocement, ils souffrent eux-mêmes souvent de l'internement à l'asile, et les résultats obtenus, faute de moyens, sont insuffisants, — d'où augmentation des charges de la collectivité. Enfin la psychiatrie est entravée dans le mouvement qui emporte actuellement toute la médecine vers les méthodes préventives et les techniques biologiques.

Sans doute, un service ouvert de mentaux nécessite une surveillance plus grande qu'un service de malades physiques. Et il peut y avoir notamment avantage à tenir fermées les portes de certains pavillons, comme j'ai dû le faire à l'Hôpital Henri-Rousselle, parce que ce dernier est une enclave de l'asile Ste-Anne. Il aurait pu y avoir des inconvénients à laisser s'établir un va-et-vient échappant à mon contrôle et susceptible de faciliter l'introduction dans les salles de stupéfiants, d'alcool, etc. Même, en dehors de ces conditions topographiques, j'admets que la porte ouverte ne soit pas appliquée partout. Et on ne l'applique pas dans les services ouverts de mentaux que j'ai visités à l'étranger, en Belgique. Car il y a une responsabilité spéciale du psychiatre, à qui l'on confie des malades troublés, et qu'il faut surveiller au moins autant que les délirants des hôpitaux (typhiques, pneumoniques) qu'on doit parfois tenir enfermés.

Ce n'est d'ailleurs pas la porte ouverte qui fait le service ouvert. Car à ce compte les pavillons de travailleurs dans les asiles d'aliénés ou même les colonies familiales seraient des services ouverts. Or les malades de ces établissements ne peuvent les quitter sans une formalité légale, au risque d'être à nouveau appréhendés et ramenés de force. Il en est d'eux comme des malades placés volontairement dans les quartiers d'asiles et qui doivent attendre la visite du matin pour obtenir un certificat de sortie, qui d'ailleurs engage davantage le psychiatre que le simple exeat d'un hôpital.

La règle est donc qu'un malade sorte librement, et sur sa simple demande, d'un service psychiatrique comme d'un service de médecine générale.

Mais n'arrive-t-il pas qu'un malade en observation, suspect de troubles délirants pouvant entraîner des réactions graves, soit maintenu un temps court pendant les formalités de l'internement ou pendant une enquête ? Sans doute, des juristes pourraient soutenir que le médecin, en présence d'un malade de ce genre, doit savoir si c'est un aliéné à interner ou non. Ceci est de la théorie, en pratique la question n'est pas toujours aussi simple. Il faut parfois un certain temps d'observation pour prendre une

décision qui a un double danger, soit qu'on laisse partir un persécuté dissimulateur qui commettra une agression, soit qu'on garde un individu dont la place n'est pas à l'asile et qui protestera après sa sortie.

Dans ce cas, force est bien de composer avec la réalité et de garder l'individu un court laps de temps. Le fait peut se produire exceptionnellement, comme d'ailleurs dans un hôpital quelconque, où des malades délirants sont gardés dans des salles par le simple retrait de leurs vêtements ou même enfermés dans des chambres si l'agitation nécessite le maintien momentané, tout au moins pendant l'accomplissement des formalités de l'internement.

Ces pratiques ne peuvent donc pas être empêchées. Sont-elles vraiment illicites ? Mais les administrations hospitalières n'ont jamais, à ma connaissance, été inquiétées à ce sujet. J'ai demandé son avis au Substitut du Parquet de la Seine, chargé de surveiller les asiles. Pour ce magistrat aucune mesure ne pourrait sanctionner un acte médical qui prend d'abord le véritable intérêt du malade.

Sans doute il serait possible, en application de l'article 19 de la loi de 1838, de demander au préfet un ordre de maintien provisoire dans le service ouvert. J'y ai pensé ; et, sans le déconseiller, il est préférable de ne pas avoir recours à ce moyen extrême, qui affaiblirait le caractère strictement hospitalier du service ouvert, notamment par le mélange des malades séquestrés et libres.

S'il en est ainsi, ne retenons pas davantage l'objection de garder des malades inconscients, à qui on ne peut demander le consentement à leur maintien. On comprendrait d'ailleurs que l'on demande ce consentement à une personne qu'on va interner, mais pas pour la soigner dans les meilleures conditions de son intérêt moral, qui est de sortir plus tard d'un hôpital et non d'un asile.

Et que craint-on ? La personne d'un malade inconscient n'est-elle pas aussi bien protégée dans un hôpital ouvert que dans un asile fermé ? Il ne faut pas être trop formaliste jusqu'à nuire à un malade pour mieux le protéger théoriquement. La raison médicale doit prévaloir, comme dans les pays germaniques. D'ailleurs il faut bien dire que le contrôle par des visites administratives ou judiciaires aboutit le plus souvent à des certificats que le médecin rédige, se justifiant ainsi lui-même. Le seul contrôle réel c'est l'inspection ou l'expertise médicale ; mais celle-ci peut avoir lieu dans les services ouverts aussi bien que

dans les services fermés. Toute mesure administrative spéciale, autre que celle que l'on pourrait imposer à un hôpital général, aura toujours le défaut de conférer au service un caractère asilaire qui écartera les malades.

Pour juger les deux systèmes, il suffit de rappeler les formalités d'entrée dans un asile (certificat médical, demande de placement et pièces d'identité), tandis que pour entrer dans le service ouvert il ne faut ni certificat, ni demande, ni même, en cas d'urgence, de pièces d'identité. Aussi tous les jours des malades me sont-ils envoyés de l'asile Ste-Anne, où ils ont été conduits sans pouvoir y entrer, pour que je les fasse placer régulièrement. Ainsi un médecin d'asile qui reçoit un de ses anciens malades ne peut pas, en cas de rechute, le reprendre dans son service et doit me l'adresser pour que je le lui renvoie !

D'ailleurs les malades qui ont passé par les deux sortes d'établissements sont les meilleurs juges. Et nous avons les plus grandes difficultés à convaincre les malades et leurs familles à accepter le retour à l'asile quand nous ne pouvons les garder, faute de place, à l'hôpital.

La question des biens des aliénés est importante. Mais elle ne se pose pas davantage dans les services ouverts que dans les maisons de santé, dans les hospices de vieillards et d'infirmes, ni même dans les hôpitaux généraux. Le pouvoir du Président du tribunal suffit, en attendant une disposition légale. Que l'on trouve une procédure commode, je veux bien ; mais je ne sacrifierai pas à cette question secondaire toute une organisation médicale primordiale.

Toutes ces discussions sont d'ailleurs théoriques, comme le montre notre longue expérience. Ainsi 23.423 mentaux ont pu être hospitalisés à l'Hôpital Henri-Rousselle, sans qu'il en résulte une affaire, un procès au sujet du régime des malades à l'Hôpital !

C'est pourquoi je suis l'adversaire résolu de l'asile d'aliénés fermé, que je rends responsable de la plupart des inconvénients, et aussi de toute disposition nouvelle qui resterait dans le cadre administratif des asiles, notamment si l'on simplifiait seulement le placement volontaire.

Seul le service ouvert supprime toutes les barrières existantes entre le malade et le médecin d'aliénés, dont le pouvoir de décision devient alors égal à celui du médecin d'un hôpital, pour le plus grand bien des malades. Tout ce qui se rapprochera de cette conception sera bon et tout ce qui s'en éloignera plus ou moins entretiendra le mal.

Aussi faut-il transformer les asiles en hôpitaux, dont les quartiers seront ouverts, sauf un pour les malades dangereux, conscients et protestataires, selon la formule de Gilbert Ballet, et la situation médicale changera du tout au tout. On pourrait soutenir qu'il n'y a de séquestration arbitraire que parce qu'il y a une séquestration légale. Supprimez celle-ci dans la plus large mesure, et vous ferez cesser des campagnes de presse qui n'auront plus guère d'objet.

J'ai eu cependant de grandes difficultés à créer et à faire fonctionner l'hôpital dans les conditions rigoureuses d'un service ouvert allant contre des habitudes si anciennes ; et l'œuvre a rencontré d'abord les plus fortes oppositions. La Préfecture de police vit au début avec appréhension un service de mentaux échapper à son contrôle, de même le Parquet qui n'en avait pas la surveillance, le Ministère de l'Hygiène qui, après avoir donné l'autorisation, envisagea la fermeture du service comme illégal, le syndicat des infirmiers qui fit une campagne très vive pour empêcher que les infirmières devinssent chefs et soignantes dans les salles d'hommes, comme cela se pratique d'ailleurs dans tous les services hospitaliers de tous les pays. J'ai triomphé de ces oppositions, et les adversaires sont pour la plupart devenus peu à peu mes alliés, parce que je défendais une idée juste qui fit ses preuves.

Mais il reste des médecins d'asiles, — surtout en province, — qui, mal renseignés, semble-t-il, appréhendent la réalisation chez eux de services ouverts sur le type de celui de Paris. Ce sont là des craintes mal fondées. D'abord chaque organisation doit s'adapter au milieu ; ce qui s'applique bien aux ressources parisiennes peut ne pas convenir à des conditions différentes, et l'expérience seule le révélera. En ce qui me concerne, je ne puis que proposer, à titre d'exemple, le Centre de la Seine, qui s'est lentement adapté à la complexité des problèmes quotidiens. Et j'offre à ceux de mes collègues, qui n'ont pas eu l'occasion de voir fonctionner le service et qui seraient tentés de le juger par ouï-dire, de venir faire un stage de quelques semaines qui les convaincra, j'en suis persuadé.

Le Service libre de Prophylaxie mentale qui devint le *Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine,* dont l'organisme principal est l'*Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle,* a été souvent décrit. Je me contenterai d'en rappeler les principales caractéristiques.

Le Centre se compose de trois organismes : le Dispensaire, l'Hôpital, les Laboratoires qui forment *l'Institut de recherches.*

Le dispensaire psychiatrique

Il comprend une consultation de psychiatrie générale assurée chaque matin par 3 ou par 4 médecins. Cette consultation a d'abord un rôle de triage. Après examens et épreuves de laboratoires — si cela paraît nécessaire — un traitement ambulatoire est institué dans certains cas. Des médicaments sont distribués gratuitement aux indigents. Je suis d'avis que sur ce point on soit très large, comme on l'est pour les syphilitiques auxquels les médicaments sont remis gratuitement par l'intermédiaire du Ministère de la Santé Publique.

L'entrée pour un ou quelques jours peut être conseillée en vue de compléter l'examen ou pour continuer l'observation. Plus souvent elle est motivée par la nécessité d'une surveillance et de soins ne pouvant être appliqués à domicile, ou parce que l'internement apparaît d'abord comme nécessaire. Suivant les cas, le médecin désigne le malade pour le service d'observation ou pour une salle de traitement.

En vue d'un examen complet, de nombreuses consultations ont été organisées (1) : *Psychiatrie générale :* Toulouse, Roger Dupouy, Montassut, Pierre Mâle, Vurpas, Barbé, R. Mallet ; *Etats anxieux et suicides :* Mlle Suzanne Serin ; *Psychiatrie infantile :* J. Roubinovitch ; *Psychopathies spécifiques et Malariathérapie :* René Targowla ; *Epileptiques :* Léon Marchand ; *Alcooliques :* Roger Mignot ; *Toxicomanies :* Roger Dupouy ; *Psychothérapie :* Minkowski ; *Pathologie sexuelle :* Paul Schiff ; *Neurologie :* Tinel ; *Médecine générale :* Teisseire ; *Chirurgie :* René Bloch ; *Peau, Syphilis :* Boyer ; *Ophtalmologie :* Lagarde ; *Oto-rhino-laryngologie :* Labarraque ; *Stomatologie :* Pietkiewicz ; *Consultations juridiques :* Me Kempf ; *Service Social :* Roger Dupouy ; *Visites à domicile :* Pierre Mâle.

La division du travail, indispensable pour l'analyse du syndrome mental, est donc poussée aussi loin que possible. Encore malgré cela sommes-nous quelquefois obligés d'adresser des malades à des consultations d'hôpitaux (tube digestif, chirurgie spéciale des tumeurs cérébrales, etc.).

Aux consultations de l'Hôpital psychiatrique sont envoyés aussi les malades des services. En ce sens les chefs de consulta-

(1) Je remercie ici mes collègues, médecins des Asiles de la Seine, et les médecins des hôpitaux qui, au début du service, m'ont apporté leur concours et assuré une consultation : MM. Xavier Abély, Capgras, Guiraud, Heuyer, Georges Petit, Rogues de Fursac.

tions — notamment les spécialistes — jouent le rôle de consultants à l'Hôpital. De même les laboratoires dont je parlerai plus loin servent au dispensaire comme à l'Hôpital et fournissent des compléments à l'examen clinique.

Ainsi cette forte organisation ne peut être réalisée que dans des centres hospitaliers importants, destinés à être utilisés par un grand nombre de services, ce qui est d'ailleurs le cas pour les consultations et les laboratoires de l'Hôpital Henri-Rousselle, ouverts à tous les services des asiles de la Seine.

Parmi les points à signaler, citons la consultation de médecine générale, dont l'utilité a été reconnue dans les services des Hôpitaux, où il existe des consultants de médecine générale, notamment dans certains grands services de chirurgie et d'obstétrique. Il a paru nécessaire aussi d'avoir un neurologiste s'intéressant aux maladies nerveuses ayant des répercussions psychiatriques, toujours d'après le principe de la division du travail et de la fonction basée sur la compétence spécialisée. Cette division du travail décharge chaque médecin de certains malades et lui permet d'acquérir ou de perfectionner une compétence vaste, en raison du grand nombre de sujets sélectionnés soumis à son examen.

La synthèse de tous ces éléments doit se faire par des échanges de vues entre le psychiatre, qui est au centre de l'organisation, et les autres médecins. Mais ce but n'est pas complètement atteint ; et il faudrait une cohésion plus grande encore entre les divers consultants, qui devraient se réunir plus souvent avec les spécialistes et les chefs de laboratoires en vue d'étudier ensemble des cas ou des questions complexes. C'est surtout le temps qui manque pour de telles réunions, chacun étant trop absorbé par la tâche quotidienne.

De même le grand nombre des malades rend très malaisées les recherches systématiques sur les causes apparentes ou les conditions sociales, facteurs des troubles mentaux, et cela par manque de personnel. Quelques enquêtes partielles ont pu seulement être tentées.

Une difficulté s'est posée pour constituer un corps de médecins consultants. En dehors des médecins qui avaient passé par le service, j'ai dû faire appel à des médecins du cadre des Asiles de la Seine, à des médecins des Hôpitaux pour la neurologie, pour les maladies de la nutrition et l'endocrinologie.

Mais d'où viennent les malades ?

En 1932, les malades nouveaux se décomposent ainsi pour la provenance du plus grand nombre : 1.059 (envoyés par d'au-

tres malades), 970 (Hôpitaux), 759 (anciens malades des Asiles), 658 (Journaux), 652 (Médecins), 450 (Affiches), 431 (Œuvres), 342 (Service social), 333 (Admission de Ste-Anne), 311 (Préfecture de Police), 269 (Commissaires de Police), 203 (Préfecture de la Seine), 171 (Clinique de la Faculté), 163 (service des visites à domicile).

Mouvement des consultations

	Hommes	Femmes	Totaux	Consultants nouveaux
1922.....	1.944	1.295	3.239	1.847
1923.....	3.193	5.074	8.267	3.046
1924.....	4.671	4.930	9.601	3.000
1925.....	4.476	5.952	10.428	3.155
1926.....	5.025	6.119	11.144	3.204
1927.....	5.503	6.457	11.960	3.481
1928.....	6.958	7.024	13.982	4.838
1929.....	9.060	8.329	17.389	5.745
1930.....	10.765	11.058	22.823	6.781
1931.....	12.813	13.316	26.129	7.979
1932.....	13.904	15.806	29.710	7.960

On a pu craindre qu'une telle consultation inquiétât les syndicats médicaux, en enlevant des clients aux praticiens ; or ce sont les médecins eux-mêmes (exactement 678 praticiens parisiens depuis l'ouverture du service) qui envoient leurs malades soit pour l'admission, soit pour des examens ou des demandes d'avis.

Notons que les commissaires de police préfèrent nous adresser des malades pour éviter de prendre une décision en vertu de la loi de 1838 et parfois pour éviter aux familles le placement d'office.

La Préfecture de Police, qui au début n'était pas favorable à un service échappant à son contrôle, nous adresse à présent des malades dont l'internement, à raison de circonstances sociales, est rendu particulièrement délicat et où il est préférable que la procédure, avant toute décision administrative, soit faite par un organisme strictement médical et indépendant de cette administration.

Au début, les consultations et traitements au dispensaire étaient gratuits. On a fixé le taux de la consultation à 6 francs. Je persiste à penser qu'il n'y a pas plus lieu de faire payer ces malades que les syphilitiques ou les tuberculeux traités dans les dispensaires d'Hygiène publique, le psychopathe étant capable

de réactions antisociales d'un autre ordre, mais aussi graves que le syphilitique ou le tuberculeux.

Service Social

Dès la création du service, j'ai organisé un service social spécialement adapté à la psychiatrie (1).

Au dispensaire l'assistante sociale interroge le malade et sa famille et rédige une première observation qui sera soumise au médecin de la consultation. Une autre doit spécialement recueillir, sur un questionnaire préparé à l'avance, les éléments d'une fiche qui servira à établir une statistique médico-sociale.

D'autres secondent les différents médecins et sur leur avis prennent note des enquêtes à domicile ou autres démarches.

Dans les services d'hospitalisation les assistantes examinent les dossiers et voient les malades pour lesquels leur intervention est nécessaire (enquêtes pour des sujets venus seuls, sans renseignements ; contrôle des allégations de familles paraissant pressées de se décharger d'un malade qui se présente d'abord comme inoffensif ; vérification d'identité ; réunion des pièces nécessaires au placement à l'asile ; démarches auprès des administrations, œuvres, etc., en vue du placement ou de la sortie).

Le service social devrait encore pouvoir assurer une inspection médicale des malades sortis du service (seuls, ou le plus souvent emmenés par leur famille), et dont certains sont susceptibles de présenter ultérieurement des réactions antisociales (suicides, actes agressifs, chez les alcooliques le plus souvent). Or cette assistance ne peut être encore exercée que sur certains malades, en raison du petit nombre d'assistantes sociales dont je dispose (9). Il en faudrait beaucoup plus, réparties par arrondissement, pour assurer une prise en charge efficace des psychopathes sortis des asiles d'aliénés ou de l'hôpital, comme de tous les déséquilibrés plus ou moins dangereux, fauteurs de troubles sociaux ou familiaux, qui sont chaque jour signalés. Ils le seraient encore plus facilement si des « postes » psychiatriques étaient créés dans les divers quartiers de Paris, disposant de médecins et d'assistantes spécialisées, comme je l'ai demandé. Là encore, c'est le manque de crédits qui n'a pas permis de réaliser une surveillance plus secourable qui permettrait de prévenir de nombreuses réactions agressives ou suicides, si souvent d'origine psychopathique.

(1) Les assistantes sociales, dont le chef est Mlle Hébrard, sont actuellement au nombre de 9 ; ce sont : Mmes Grégoire et Guerbois, et Mlles Beauvais, Bernheim, Ellenrieder, Lacassagne, Lafontaine, Mercoiret et Morin.

Service a domicile

Il arrive que certains malades — parmi lesquels quelques-uns sont vraiment dangereux — refusent de venir à la consultation. D'autre part, les médecins de la ville ne cherchent pas à assumer la responsabilité d'un placement d'office, d'autant plus qu'il s'agit souvent de personnes nécessiteuses. De son côté, le commissaire de police n'intervient qu'en cas de scandale sur la voie publique ; et c'est lui qui souvent nous signale les cas.

C'est pourquoi plusieurs médecins de l'Hôpital ont dû assurer un service de visites à domicile. Ils délivrent alors à la famille un certificat d'internement ou, si un placement volontaire ne peut être effectué, un certificat en vue de l'envoi à l'Infirmerie spéciale, qui est transmis au commissaire du quartier et au chef du service des aliénés de la Préfecture de Police.

S'il s'agit d'un malade particulièrement dangereux, le médecin du Centre demande au commissaire du quartier de convoquer le malade au commissariat, où l'examen a lieu et d'où le malade, en cas de nécessité, peut être dirigé sur l'Infirmerie spéciale avec le certificat médical.

Ce service à domicile devrait être assuré par un plus grand nombre d'assistantes sociales et de médecins.

Le dispensaire exerce une prophylaxie criminelle par le nombre élevé de malades dangereux qui nous sont adressés et que nous internons.

Le dispensaire a donc parfaitement rempli son rôle, tant pour les malades amenés précocement et que l'on peut traiter ou hospitaliser que pour la collectivité qu'il protège.

On avait craint que j'eusse peu de malades; or, depuis l'ouverture du service, ce fut une affluence qui n'a cessé de croître. Il y avait donc dans la population un besoin qu'il fallait satisfaire. Et lorsqu'au début j'évaluai avec Genil-Perrin les psychopathes parisiens au nombre de 100.000, nous étions encore bien au-dessous de la vérité, puisque nous en avons déjà examiné plus de 50.000, sans compter les consultants qui viennent plusieurs fois, ni les rechutes.

En fait nous avons beaucoup de malades, trop même parfois, étant donné nos possibilités. C'est certainement le centre qui est le plus riche pour les cas cliniques ; et j'en fais profiter le service d'enseignement de M. Henri Claude.

Nous nous sommes attachés à perdre certaines habitudes, encore trop courantes dans les hôpitaux, où les malades ne sont pas toujours accueillis avec une grande bonté. Le Dispensaire se charge de tout ce qui relève du rôle médical, thérapeutique et

préventif, en plus des secours en nature et en espèces : intervention dans la famille, entre les époux, auprès du patron, éloignement des enfants, rapprochement des individus en vue d'un mariage, conseils pour un divorce, etc. Tout cela constitue l'hygiène mentale d'une société.

Et cependant nous sommes encore loin de pouvoir remplir pleinement notre tâche. Loin de rétrécir notre champ d'action, il nous faudra sans cesse l'étendre. Car la psychiatrie doit de plus en plus intervenir dans la sélection scolaire, l'orientation et la sélection professionnelles, l'eugénique surtout, qui est la mesure la plus sûre de la prophylaxie mentale, l'hygiène sexuelle, la prophylaxie criminelle, la biotypologie, qui seule peut classer les individus dans leur activité sociale.

Je craignais au début de dépasser mes attributions. Les événements ont prouvé qu'en cette matière on ne voyait pas assez large.

L'Hôpital psychiatrique

L'Hôpital est destiné à recevoir :

1° les malades atteints de tout état psycho-pathologique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838 ;

2° les malades suspects de troubles pouvant nécessiter l'internement et pour la détermination desquels il est nécessaire de procéder à des examens médicaux et à des enquêtes complémentaires faites par le service social.

C'était au début un service ouvert qui dépendait administrativement de l'Asile Ste-Anne ; mais, pour lui donner plus de latitude dans son développement et aussi parce que le service devenait un établissement important par le nombre d'organismes qu'il abritait et le mouvement des malades, il devint ultérieurement l'Hôpital Henri-Rousselle.

On appliqua à l'Hôpital Henri-Rousselle, placé sous le régime de la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, le statut des Hôpitaux : formalité d'admission des malades, personnel secondaire divisé en infirmières et filles de service, soins donnés par les infirmières même dans les services d'hommes. C'est donc bien un véritable hôpital. Et j'ai assumé les fonctions de directeur administratif en même temps que celles de médecin en chef pour assurer la bonne marche d'organismes nouveaux dont les rôles multiples devaient être fortement coordonnés.

L'admission libre, qui est le caractère essentiel d'un hôpital ouvert, se fait dans les mêmes conditions que dans les hôpitaux,

sans formalités supplémentaires telles que certificat médical, réquisitoire d'un commissaire de police, ordre d'une autorité administrative ou judiciaire quelconque. Encore dans le cas d'urgence aucune pièce n'est-elle exigée, ni papiers d'identité, ni certificat de domicile. Par exemple, un individu peut être admis, même s'il refuse de dire qui il est, s'il paraît seulement suspect de désordres mentaux graves.

Nous admettons tous les malades, quelles que soient la forme et l'intensité des troubles psychiques, à condition que ceux-ci motivent l'hospitalisation.

L'Hôpital comprend un service d'observation (Ad. Courtois) et des salles de traitement, et quelques lits pour les toxicomanes (Roger Dupouy) et pour la malariathérapie (René Targowla) (1), y compris un petit service d'enfants, en tout près de 200 lits. Le temps de séjour est réduit faute de place à moins de 5 jours pour 75 % des malades qui seront placés à l'Asile.

Nous n'insisterons pas sur le fonctionnement des services de traitement ; ils reçoivent surtout des sujets atteints d'affections aiguës rapidement curables et pouvant bénéficier d'un traitement actif.

Le petit nombre de lits ne permet pas de conserver tous les malades qui seraient justiciables de la cure libre. Ces services ont pourtant permis de savoir par expérience quels malades pourraient, sans difficultés, être conservés dans de tels services quand il s'en ouvrira dans les asiles actuels.

Ne peuvent être conservés en traitement dans un service libre: 1° les malades lucides protestataires et non dangereux qui doivent sortir immédiatement sur leur demande.

2° les aliénés lucides protestataires et capables de réactions dangereuses (délirants chroniques). Ils seront placés à l'asile soit par les soins du médecin traitant, soit envoyés dans le service d'observation où la décision sera prise.

3° les malades pour qui sont à la fois nécessaires et d'une façon prolongée une surveillance, un isolement et des moyens de contention, qui sont peu compatibles avec l'organisation actuelle de l'Hôpital.

En fait, beaucoup de malades qui passent dans le service doivent être internés dans les Asiles de la Seine faute de place à

(1) Je ne puis citer ici tous mes internes, dont le concours m'a été si utile. Je veux cependant rappeler les noms de Mme Santenoise et de Bauer, Chatagnon, Clerc, Daussy, Hyvert, Leyritz, Picard, Porc'her, Sizaret, Vigneron d'Heucqueville, qui sont maintenant médecins des Asiles et celui du regretté Pierre Lelong.

l'hôpital et faute d'autres services ouverts. J'ai dû prendre cette détermination contre mes idées, car j'estime de plus en plus que l'internement est tout à fait inutile et parfois même nuisible pour les aliénés. Mais c'était mon devoir strict de médecin qui doit assurer le traitement des malades ne pouvant être appliqué actuellement que dans les asiles.

Hospitalisations

	Hommes	Femmes	Totaux
1922.....	153	235	388
1923.....	298	444	742
1924.....	385	626	1.011
1925.....	437	626	1.063
1926.....	561	776	1.337
1927.....	953	1.225	2.178
1928.....	1.250	1.633	2.883
1929.....	1.601	1.914	3.515
1930.....	1.649	1.963	3.612
1931.....	1.870	2.149	4.019
1932.....	1.940	2.412	4.352

L'organisation médicale et scientifique avec le nombre élevé de médecins spécialistes et consultants, les divers laboratoires, le service social, rend possible une observation à peu près complète. L'Hôpital est devenu un centre d'examen et de triage et remplit son rôle qui est d'établir autant qu'il se peut ce qu'a un malade qui lui est confié. Il a contribué à faire de la psychiatrie une science vraiment objective, une biopsychiatrie, centre de toute la pathologie, dont elle n'était hier qu'une spécialité, considérée à tort comme en dehors des méthodes de la médecine générale.

En fait cet Hôpital a été très vite estimé par les Hôpitaux de Paris, qui entretiennent avec lui des relations étroites.

Un problème s'est posé pour le recrutement des médecins. Il ne pouvait être question, pour des raisons budgétaires d'abord, de choisir des médecins du cadre de la Seine; d'autre part il fallait des médecins actifs, assez jeunes pour vouloir bien accepter l'autorité d'un aîné médecin-directeur. Aussi a-t-on organisé un concours public et sur titres, qui a fourni des médecins du cadre des asiles ou d'anciens chefs de clinique de la Faculté.

Je suis persuadé que la généralisation de ces emplois, comme on le fait actuellement dans les Hôpitaux de Paris prendrait l'intérêt des jeunes en leur offrant des places où ils pourraient se

perfectionner et rehausseraient le niveau du concours de la Seine qui, étant donné la pénurie des candidats, reste souvent une sélection insuffisante. Enfin les jeunes sont des excitants très utiles pour les anciens, auxquels ils apportent le concours de leur formation plus récente, une curiosité d'esprit plus en éveil.

L'établissement représente par cette organisation médicale la forme de l'Hôpital moderne, telle que l'a réalisée en chirurgie le Professeur Gosset et telle aussi qu'elle est admise par le Professeur Henri Claude. Une poussière de petits services où le médecin, ne disposant que d'un ou deux internes et sans laboratoires suffisants, n'a pas le moyen de poursuivre des examens, des traitements ou des recherches approfondis, est un système périmé. Je crois que dans l'avenir tous les Hôpitaux constitueront un agrégat de services à la fois solidaires et indépendants (1).

L'Internement

Je répète ici que l'internement devrait être limité aux seuls malades dangereux n'acceptant pas l'hospitalisation. Le nombre est en vérité restreint. Mais, dans l'état actuel des choses, nous sommes obligés d'interner d'autres malades qui ne peuvent — faute de services ouverts — être hospitalisés que dans les asiles.

D'autre part, nous employons le placement d'office quand la personne n'a pas son domicile de secours dans le département de la Seine, quand il n'existe aucun proche pour faire la demande de placement ou que la famille le refuse, enfin lorsqu'il n'y a pas de pièces d'identité. Mais nous cherchons toujours à faire un placement volontaire en accord avec la famille dont nous demandons le consentement, même pour le placement d'office. Pour qu'il n'y ait pas de surprise, nous faisons remplir une demande imprimée de placement et nous faisons faire une autre demande manuscrite, accompagnée des renseignements les plus précis.

Malgré tout cela il arrive que les familles déclarent après le placement qu'elles n'avaient pas compris qu'il s'agissait d'un internement. Nous faisons d'ailleurs remplir les formules dès l'admission si le malade est susceptible d'être interné. Le consen-

(1) Je tiens à dire la collaboration précieuse de la surveillante générale, Mme Fagot, qui est l'âme du service médical, et, dans l'ordre administratif, de deux aides de premier plan, le si dévoué régisseur M. Bertrand, et la secrétaire de la Direction, Mlle Grandchamp, qui assume le gros travail de coordination.

tement des familles est parfois difficile à obtenir, étant donné le préjugé qui règne à l'égard des asiles fermés.

Quand j'étais médecin de l'asile de Villejuif j'éprouvais une grande difficulté à convaincre les malades de rester volontairement ; et maintenant ce qui est pour nous plus compliqué, c'est de les décider à sortir !

La mesure de l'internement est l'objet d'une procédure spéciale en vue d'apporter toutes les garanties à la liberté individuelle.

C'est le service d'observation qui reçoit les malades pour qui, dès la consultation, se pose la question de l'internement. Le travail y est organisé pour que les malades soient examinés aussi complètement que possible, que les renseignements du service social soient réunis dans le plus bref délai. Le médecin fait convoquer les familles le second jour après l'entrée, ce qui permet de prendre toutes les fois que c'est possible la décision d'accord avec les parents. Cette décision de l'internement dépend de deux médecins (médecin du service et médecin certificateur) qui rédigent, chacun de son côté, un certificat de placement si cela leur paraît motivé. En cas de divergence d'opinion, je prends personnellement la décision.

Placements à l'asile

	d'office	Volontaires	Totaux
	—	—	—
1922.....	50	171	221
1923.....	137	462	599
1924.....	172	543	715
1925.....	259	604	863
1926.....	266	596	862
1927.....	313	610	923
1928.....	444	794	1.238
1929.....	673	1.049	1.722
1930.....	630	1.187	1.817
1931.....	720	1.320	2.040
1932.....	743	1.405	2.148

Cette procédure des deux certificats me paraît la meilleure garantie pour la défense de la liberté individuelle. Je dois dire qu'à la Préfecture de Police, où l'on ne voyait pas d'abord la nécessité de deux certificats (qui ne figure pas dans la loi), on partage actuellement mon opinion, et le directeur du service des aliénés tient à me signaler les rares cas où le placement est effec-

tué par le service avec un seul certificat, pour attirer plus spécialement mon attention là-dessus.

La question de l'internement se pose souvent dès le dispensaire. Au début, des malades étaient parfois placés à la consultation (volontairement ou d'office en cas d'absence de pièces administratives). Mais rapidement le nombre des malades, les inconvénients d'un examen forcément un peu rapide rendirent nécessaire l'observation préalable pendant quelques jours. La seule difficulté provient de délirants hallucinés ou de persécutés qui s'opposent de façon cohérente à leur entrée. D'habitude la persuasion suffit ; si elle ne réussit pas, ou bien le sujet est considéré comme non ou peu dangereux, et nous le laissons sortir. Lorsque l'état le nécessite, on signale son cas au chef du service des aliénés à la Préfecture de Police.

Seconde hypothèse : le malade profère des menaces graves et présente un état qui le rend immédiatement dangereux. Dans ces conditions un certificat d'internement est rédigé à la consultation par un des médecins du Dispensaire, un autre par le médecin du service d'observation et l'internement à l'asile a lieu d'accord avec la famille par voie de placement volontaire ou, si besoin est, de placement d'office. Disons d'ailleurs que ces cas sont exceptionnels (pas plus de 2 à 3 par an).

Si un membre de la famille s'opposait malgré tous nos avis au placement, le malade lui serait laissé dans le cas où il ne présenterait pas un danger réel, sous sa responsabilité, et nous demandons alors au parent de remplir une déclaration écrite.

Ainsi un malade qui est interné par l'Hôpital Henri-Rousselle est d'abord examiné par le médecin de la consultation, puis par le médecin du service d'observation. Il est, selon les cas, l'objet de divers examens cliniques et de laboratoires, et d'une enquête du Service social. Et si l'internement est décidé, la personne est l'objet de deux certificats, l'un du médecin traitant et l'autre d'un médecin du dispensaire.

Cette procédure me paraît apporter le maximum de garanties pour la liberté individuelle. C'est d'ailleurs l'avis de la Préfecture de Police, qui d'après la loi de 1838 a la responsabilité du placement d'office.

Laboratoires et Institut de recherches

La tendance actuelle de la clinique psychiatrique est de chercher par des épreuves de laboratoire les concomitants biologiques, les modifications humorales et anatomiques qui pourraient être les causes déterminantes du trouble mental.

Dans ce but, j'ai formé sept laboratoires : chimie biologique, avec M. Delaville ; sérologie et bactériologie (Mutermilch), hématologie (Weismann-Netter), radiologie (Misset), physiologie (Henri Laugier) (1), psychologie (Lahy et Mlle Weinberg), anatomie pathologique (Marchand).

Les laboratoires de chimie, de physiologie et de psychologie, joints au laboratoire de bio-psychiatrie que je dirige personnellement, constituèrent l'Institut de Psychiatrie qui fut rattaché à l'Ecole des Hautes Etudes.

Enfin récemment j'ai organisé un laboratoire de sexologie pour étudier la valeur humorale des sujets avec la collaboration de M. H. Simonnet.

Tous ces laboratoires exécutent à la fois les analyses et les examens courants et des travaux de recherches. Ils sont ouverts à tous les services de la Seine. La réunion de ces laboratoires avec les consultations du dispensaire forment un puissant ensemble qui permet d'étudier tous les cas cliniques et de poursuivre les recherches sur les problèmes posés par l'évolution psychiatrique.

Je voudrais indiquer nos directives dans le travail des laboratoires. On a un vaste domaine à explorer ; c'est pourquoi il serait désirable que les efforts de tous soient réunis et non pas dispersés.

Bien entendu, l'histologie pathologique prolongée par l'expérimentation sur l'animal demeure la base solide de nos travaux. Mais elle ne peut tout expliquer et n'est qu'un élément *post-mortem* du diagnostic. Avec l'expérience acquise, il semble que ce soit la chimie et la sérologie qui doivent nous permettre de mieux interpréter le fait psychiatrique complexe. D'autre part, l'examen psychologique gagnera aussi à être présidé par des épreuves objectives.

Je n'insisterai pas ici sur les travaux qui sont déjà sortis de l'Hôpital et des laboratoires ; — leurs titres seuls couvriraient plusieurs pages de cette revue. J'indiquerai seulement les recherches entreprises, après Marchand, avec Targowla, Schiff et Courtois, qui ont conduit à la conception des encéphalites psychosiques, atteintes inflammatoires du cerveau à facteurs multiples et à syndromes variables dans la période aiguë et pouvant évoluer sous les formes graves de la confusion mentale pour aboutir à la

(1) Dernièrement, M. Henri Laugier, nommé titulaire de la chaire de la physiologie du Travail au Conservatoire des Arts et Métiers, abandonna sa fonction à l'Institut de Recherches et n'a pas encore été remplacé.

mort rapide avec une azotémie souvent considérable, ou bien provoquant un syndrome psychopathique banal (état anxieux, dépressif ou d'excitation). D'autre part, l'étude des séquelles de ces atteintes cérébrales promet d'être riche en résultats et d'éclairer d'un jour nouveau toute la psychiatrie (1).

Je rappellerai encore les recherches biologiques sur les états mélancoliques, l'étude de la fatigabilité, de l'émotivité (en associant les méthodes chimiques, chronaxiques et psychologiques),

(1) Voici un aperçu de l'activité des laboratoires, exprimée par le nombre des examens courants effectués depuis leur organisation :

Physiologie

1922	100	1928	3.379
1923	300	1929	2.577
1924	320	1930	3.355
1925	875	1931	3.005
1926	1.077	1932	3.217
1927	3.146		

Psychologie

1924	399	1929	2.214
1925	1.270	1930	2.536
1926	1.149	1931	2.680
1927	1.406	1932	3.106
1928	977		

Chimie biologique

	Sang	Urine	Totaux
1922	139	501	640
1923	348	1.190	1.538
1924	751	1.313	2.064
1925	1.186	1.267	2.453
1926	1.176	1.160	2.336
1927	2.553	1.881	4.434
1928	2.968	2.546	5.514
1929	3.715	3.103	6.818
1930	3.917	3.546	7.463
1931	3.376	5.472	8.848
1932	4.005	5.610	9.615

Sérologie

	LCR	Sang	Totaux
1922	104	214	318
1923	330	1.022	1.353
1924	522	1.935	2.457
1925	808	2.741	3.549
1926	730	2.379	3.109
1927	1.768	3.153	4.921
1928	3.094	3.571	6.621
1929	2.102	4.519	6.621
1930	2.200	4.625	6.825
1931	2.732	6.482	9.214
1932	3.414	6.692	10.106

les recherches sur l'étiologie de la démence précoce et la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades.

Les travaux histologiques et biologiques sur le delirium tremens et l'alcoolisme chronique, enfin les multiples publications sur la question toujours renouvelée de la paralysie générale, de l'épilepsie, l'étude du liquide céphalo-rachidien, etc., et sur de nombreux sujets qui contribuent à préciser plus ou moins nos connaissances sur les maladies mentales et leurs conditions pathogéniques.

Il est cependant encore une lacune que malgré mes efforts je n'ai pu arriver à combler ; c'est l'organisation d'un service coordinateur de toutes ces recherches. Mais là encore nous nous heurtons à un obstacle difficile à vaincre, le manque de temps. Le travail matériel quotidien absorbe les heures que chacun peut consacrer au service et il manque à tous une heure « à perdre » chaque jour pour réfléchir sur les problèmes posés et essayer souvent par l'expérimentation d'y trouver une solution approchée.

D'autre part, maintenant que le champ des recherches est un peu défriché, il apparaît qu'il sera nécessaire, pour faire œuvre utile, d'appréhender le fait psychiatrique toujours dans son ensemble pour en dissocier ensuite et étudier à loisir les éléments constituants et leurs assemblages. Ainsi il devient nécessaire de modifier nos méthodes de travail et de s'inspirer de celles de la biotypologie, plus complexes et plus synthétiques.

Avec la collaboration de M. Henri Laugier et de Mlle Weinberg, nous avons procédé à une enquête sur les enfants des écoles, examinés systématiquement dans leurs caractères morphologiques, sexologiques, physiologiques, psychologiques, pathologiques et psychiatriques, en appliquant aux résultats obtenus par plus de 50 déterminations, les méthodes de calcul utilisées dans la recherche des corrélations.

Dépenses

Une telle organisation médicale a fait supposer qu'elle coûtait très cher. Il n'en est rien. Si l'on examine chaque organisme, l'Hôpital et les laboratoires, les frais d'installation comme les frais de fonctionnement sont au-dessous de ceux des organismes similaires. Nous donnons ici des chiffres que l'on trouvera dans le rapport de M. Fiquet, Rapporteur du Centre au Conseil Général, qui donne un détail complet.

Le prix de revient d'un malade à l'Hôpital pour l'année 1931 a été de 43,39, soit 8,64 de plus que le prix de revient de l'asile Ste-Anne. Mais il faut déduire du prix de revient de l'Hôpital le tantième afférent à des éléments qui n'existaient pas à l'asile (laboratoires centraux, service social), ce qui le réduit au chiffre net de 40,39.

On pourrait d'abord ne pas s'étonner de cette différence, étant donné que le nombre de lits de l'Hôpital est 5 fois plus petit que celui de l'asile et que les frais généraux doivent peser plus lourdement sur chaque tête à l'Hôpital.

Or la différence est due surtout aux dépenses de nourriture et de pharmacie. Pour tous les autres articles, nous ne dépensons pas plus et dans certains cas moins à l'Hôpital Henri-Rousselle. C'est que l'on emploie les moyens les moins coûteux et sur lesquels je ne puis m'étendre ici. Et cependant l'aspect et le confortable de l'Hôpital sont, de l'avis de tous, supérieurs à ceux de l'Asile, en partie grâce à des dons.

Le nombre des médecins traitants est de quatre, sans me compter, car mon action s'étend sur l'ensemble du service. Or le nombre des malades entrés dans l'année est pour chaque médecin de l'Hôpital de 1.095 unités alors qu'il est à l'asile de 940 unités (en moyenne).

De même, les quatre internes affectés à l'Hôpital ont la charge de 1.095 malades nouveaux contre 470 malades pour les internes de l'Asile. On ne peut donc pas dire que le personnel médical, à l'Hôpital, est plus nombreux qu'il n'est nécessaire. Un cinquième interne participe à la consultation.

Le personnel secondaire (47 agents pour 100 entrées dans l'année), comparé à celui de l'admission de l'asile Ste-Anne duquel on peut mieux le rapprocher (54 agents pour 100 entrées), serait inférieur comme nombre si l'on ne tenait pas compte que le personnel de l'admission a la charge des transferts, ce qui explique sans doute la différence.

Le personnel administratif de l'Hôpital, pour un travail équivalent, est en nombre bien inférieur au personnel de Ste-Anne — à peu près de la moitié.

Au total, la dépense pour le personnel est équivalente à la dépense de personnel de l'asile de Villejuif.

Les dépenses de construction et d'aménagement du Centre de Prophylaxie mentale ont été en 12 ans de 2.782.732 francs, moins de 3 millions, d'après les relevés fournis par la Comptabilité du Service d'Architecture du Département de la Seine. Or, pour la période de 1922 à 1928, l'Asile Ste-Anne a dépensé pour les seuls

gros travaux la somme de 5.738.245 fr., auxquels il y a lieu d'ajouter la construction et l'aménagement des pavillons de travailleurs (1 million 182.000 francs), soit 7 millions en 8 ans seulement.

Ceci montre que la dépense de l'Hôpital nécessitée par l'aménagement nouveau n'a même pas coûté proportionnellement plus que ce que le gros entretien impose à un établissement. Et si l'on compare les dépenses d'installation d'un centre de prophylaxie mentale aux dépenses des organismes départementaux de la tuberculose et du cancer, qui ont coûté des dizaines de millions, il faut penser que j'ai fait beaucoup de choses avec peu d'argent. Je dois dire cependant que les laboratoires, dont le matériel dépasse de beaucoup la valeur de un million, sont le fruit d'une longue période de dotations remontant à plus de 30 ans, de la part du Conseil Général, de l'Etat et d'autres donateurs.

D'ailleurs on a reconnu que ma gestion était économique. Si j'y ai quelque mérite, c'est, je crois, pour beaucoup, parce que le médecin n'est généralement pas un mauvais administrateur, surtout parce qu'il tend à réduire tout ce qui n'a pas un caractère d'utilité médicale.

⁂

Voilà l'œuvre que j'ai édifiée en dix ans, sous l'autorité bienveillante de l'Administration préfectorale et sous le généreux contrôle du Conseil Général de la Seine, auxquels va ma gratitude profonde. De nombreux collègues de tous pays l'ont visitée et ont bien voulu déclarer qu'ils la tenaient pour un des organismes les plus importants, bien approprié à sa mission par l'activité intense, la diversité et la coordination des services, la conception scientifique fondamentale et l'adaptation de l'ensemble au but prophylactique et aux différentes applications sociales.

Des hôpitaux et des centres ont été organisés dans divers pays selon les principes de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Le Parlement français a, dans ses commissions et ses projets, adopté la conception du Service ouvert et des Centres de Prophylaxie mentale, dont M. Paul Strauss, rapporteur au Sénat d'un projet de loi sur la réforme du régime des aliénés, s'est fait l'éminent défenseur, et que MM. Caujole et Paul Fié ont traduite dans une proposition de loi. D'autre part, M. Justin Godart, ancien Ministre de la Santé Publique et Président d'Honneur de la Ligue d'Hygiène Mentale, est intervenu au nom du gouvernement dans les débats du Sénat pour apporter à ce mouvement une approbation complète.

En France, les médecins des Asiles se sont en général ralliés au principe des services ouverts et des centres de Prophylaxie mentale.

La difficulté était d'ordre pratique et budgétaire. Pour assurer les examens, l'observation et le traitement des 30.000 malades, dont 8.000 nouveaux, 4.500 hospitalisations et 2.000 placements et pour chercher à se reconnaître parmi les problèmes pathogéniques et thérapeutiques qu'ils posent, il a fallu grouper un personnel médical et scientifique de 60 personnes, dont 40 médecins consultants, assistants et internes, et 20 chefs et préparateurs de laboratoires, aidés par 10 assistantes sociales et près de 100 surveillante, infirmières et infirmiers. Et l'harmonie devait régner entre ces activités multiples, toutes importantes.

Ce résultat a été atteint dans les conditions les plus économiques, avec un système très souple de traitements d'indemnités et de vacations.

On a pu ainsi se rapprocher du but social essentiel, qui est une assistance rationnelle et prophylactique des psychopathes, le plus sûr garant de la liberté individuelle et aussi de la sécurité publique, dans une des plus grandes cités du monde, foyer d'attraction pour les déséquilibrés de tous les pays.

Cet organisme devenait aussi un lieu de formation pratique et de recherches scientifiques pour les jeunes qui auront plus tard à exercer une fonction dans les centres psychiatriques qui se développeront.

Et ce gros organisme se développe continuellement dans tous les sens, ce qui prouve qu'il satisfait aux besoins pour lesquels il est créé.

Les méthodes employées sont donc justifiées par les résultats et par le fait qu'il n'y a jamais eu d'affaires graves, malgré l'énorme risque d'entretenir des relations avec une population de malades mentaux dont nous avons examiné et soigné déjà plus de 50.000 personnes.

Cependant, l'œuvre m'apparaît encore bien insuffisante par rapport à l'énormité de la tâche ; et plusieurs services sont restés jusqu'à ce jour embryonnaires. J'espère que les circonstances permettront de compléter et d'agrandir cet organisme que le Département de la Seine voudra présenter à mes collègues qui, je le souhaite, viendront de partout prendre part au prochain Congrès International d'Hygiène Mentale en 1935.

Tel qu'il est, cet organisme est une réunion de création, toutes nouvelles, dont chacune est fortement liée aux autres :

Service ouvert ;

Service d'observation avant l'internement ;

Service social psychiatrique et *service à domicile ;*

Hôpital psychiatrique pourvu de tous les moyens d'examens cliniques, généraux et spéciaux ;

Ensemble de laboratoires contribuant à faire, de la psychiatrie, une science vraiment objective, une *biopsychiatrie,* centre de toute la pathologie, dont elle n'était hier qu'une spécialité, trop considérée comme en dehors des méthodes de la médecine contemporaine.

Institut de Recherches rattaché à l'Ecole des Hautes Etudes, dont les travaux ont été orientés vers la psychologie de mesure et les méthodes objectives de la psychiatrie, continuant mon effort qui s'exerça, il y a 30 ans, sur les premières recherches de la psychologie expérimentale et de la psychotechnique ;

Elargissement du champ de l'action psychiatrique dans le sens *préventif* et dans ses applications à la *sexologie,* la *prophylaxie criminelle* et la *biotypologie.*

Je désire qu'on étudie l'œuvre avant de la critiquer et qu'on s'efforce aussi de créer quelque chose d'autre et de meilleur que l'on puisse apprécier. Si imparfait que soit encore le fonctionnement de ce service, il a cet avantage, sur toutes les critiques d'ordre théorique, d'exister. Car ce n'est pas avec le raisonnement que l'on peut faire de la science, disait Berthelot, encore moins un organisme médical susceptible de vivre et de satisfaire aux besoins des malades et de la psychiatrie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 24 Avril 1933

Présidence : M. Roger MIGNOT, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 9 mars 1933 et le procès-verbal de la séance du 27 mars 1933 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comprend :

un télégramme de M. le Dr René CHARPENTIER, *secrétaire général*, qui, retenu par ses fonctions de secrétaire général du Congrès de Rabat, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr G. PETIT, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie la Société de remettre à la séance du lundi 22 mai les communications pour lesquelles il était inscrit à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de M. le Dr H. BARUK, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

COMMUNICATION

Maladie nerveuse organique et création littéraire,
par M. M. SCHACHTER (de Bucarest).

On sait que les maladies du système nerveux ont la renommée d'être les moins curables de toutes les affections. Aussi ces maladies s'accompagnent-elles le plus souvent d'un état psychique pessimiste.

En ce qui concerne spécialement les maladies du système nerveux central, les malades ne tardent pas à s'apercevoir que leur « cas » rentre dans la catégorie des maladies qui ne guérissent jamais et par conséquent, beaucoup sombrent dans un état de mécontentement permanent.

Une grande partie de ces malades ne peut pas « accepter », c'est-à-dire s'habituer à la situation que leur a créé la maladie. Ils réagissent en s'autosuggestionnant, par des paroles ou des actions qui leur donnent l'illusion d'avoir, au moins en partie, récupéré jusqu'à un état qu'on peut nommer : anosognosie totale ou partielle. C'est-à-dire qu'ils ne se rendent plus compte s'ils sont ou non malades, ou même se considèrent des êtres bien portants.

Nous croyons qu'il faut faire la distinction entre ne plus se reconnaître malade, la vraie anosognosie, et ne plus vouloir se reconnaître malade. La première manifestation est plus sérieuse et dépend de la psychiatrie ; la seconde est question de psychologie du malade, ou du moins, de certaines catégories de malades.

On peut même affirmer que les adeptes de Coué, c'est-à-dire les malades organiques « guéris » par la méthode d'autosuggestion, rentrent dans la deuxième catégorie.

Dans les lignes qui vont suivre, nous exposons un cas que nous avons observé plusieurs fois, et que nous commenterons dans la suite à la lumière des conceptions adlériennes, c'est-à-dire « d'individualpsychologie ».

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, qui 4 ans après une chute sur la tête, fit assez brusquement une hémiplégie gauche. Ce malade avait fait une année d'études supérieures en France, en vue d'une carrière *commerciale* (nous soulignons intentionnellement ceci, on verra plus tard son importance). Son hémiplégie flasque fut examinée par beaucoup de médecins et l'on diagnostiqua une tumeur cérébrale. Il est

vrai que le sujet présentait, lors de ces examens cliniques et ophtalmologiques, une stase de la papille, des troubles de la sensibilité, un état d'obnubilation. Opéré à Vienne, on ne trouva qu'un foyer d'hémorragie sous-durale, cause probable de ce tableau clinique complexe. La brèche fut fermée, le malade allait mieux au début, mais peu après on vit persister l'hémiplégie qui évoluait vers la spasticité. En effet, d'abolis qu'ils étaient, les réflexes s'exagérèrent et la marche ayant l'allure spastique elle aussi permit néanmoins au malade de marcher seul avec une canne. Un an après cette intervention, le malade se contusionna de nouveau la tête, du côté de la brèche opératoire, et depuis ce moment son hémiplégie accusa de nouveau une tendance plus nette vers la spasticité. Un traitement par des iodures avait amélioré légèrement la spasticité.

Ce qui est intéressant à noter, c'est que ce malade, intelligent, fut très affligé par l'état dans lequel il se trouva lors de la « grande erreur » qui fut commise sur lui. C'est ainsi qu'il juge aujourd'hui l'opération faite à Vienne. Par suite de cette opération « faussée », il commença à s'intéresser à tout ce qui pouvait lui rendre sa capacité de travail. Il trouva vite que la méthode de Coué était la plus adéquate pour lui. C'est ainsi qu'il est arrivé à pratiquer depuis 4 ans journellement cette méthode. La pratique de l'auto-suggestion consciente lui rendit plus de confiance en sa guérison possible. Il est arrivé à ne plus *vouloir* accepter qu'il est malade. Tout en se rendant compte qu'il est hémiplégique, il ne reconnaît pas qu'il est malade. Il ne cesse pas de dire qu'il sent toute cette moitié du corps chaude et active, alors qu'il reconnaît avoir besoin qu'on l'aide pour certaines choses. Il sait que si l'on pouvait intervenir sur son cerveau, pour réparer une soi-disant hyperostose (c'est le malade qui l'affirme), on guérirait son hémiplégie spastique. Il répète qu'il faut se dire tout le temps qu'on est sain pour finir par l'être.

Tout en voulant mettre à contribution au service de sa guérison ses facultés intellectuelles, il est arrivé sans se rendre compte, mais certainement par des efforts psychiques soutenus, à écrire des romans et des vers qui sont sans conteste des œuvres de valeur.

Il m'a longuement raconté qu'une fois, pendant qu'il se promenait dans un jardin de province pour prendre l'air, il se mit tout d'un coup à écrire un roman en vers qu'il put terminer en une huitaine de jours seulement. Les vers lui venaient, dit-il, les uns après les autres, avec une facilité qui l'étonna, d'autant plus qu'il n'a jamais pensé à cela, lui incliné vers le commerce.

Toute sa vie de malade, y compris la « célèbre erreur », il l'a décrite dans un très beau roman de plus de 300 pages, où le vrai et le poétique s'enlacent merveilleusement.

Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est que par suite de l'atteinte du cerveau par une lésion destructive qui n'a néanmoins pas touché le psychisme, ce jeune homme autrefois peu doué en ce qui concerne les lettres, se vit tout d'un coup un écrivain et poète assez

fécond. Rien de son intérêt pour les sciences commerciales n'a subsisté. Il ne comprend plus rien aux affaires de commerce. Quant aux œuvres qu'il a écrites, nous ne pouvons pas faire ici leur analyse, mais nous dirons seulement que partout respire un sentiment de puissance, un désir de vivre en pleine santé, en un mot un optimisme raisonnable : l'optimisme de l'homme qui, tout en se sachant malade, veut se convaincre et convaincre les autres que sa santé n'a rien souffert.

On est donc en face d'un malade qui, atteint d'une lésion organique du cerveau, a commencé brusquement à manifester des qualités intellectuelles qui lui étaient tout à fait étrangères avant son atteinte cérébrale. L'explication de ce fait est difficile à donner. On peut néanmoins l'expliquer en invoquant les mécanismes de « compensation » dont a tant parlé Adler dans ses travaux d'Individual-psychologie.

Invalidé par suite de la maladie nerveuse, vaincu par suite de l'opération dans laquelle il mettait tant d'espoir, cet homme a commencé à éduquer sa volonté jusqu'au moment où il put remplacer son « infirmité physique » par une manifestation officielle de sa « personnalité artistique » créatrice. Cette opération de « compensation » psychique s'est faite lentement et ainsi on a devant soi un malade avec une mentalité qui n'a plus rien avec celle d'avant la maladie. On peut dire que les choses se sont passées comme si l'organopathie cérébrale avait servi d'occasion pour la mise en évidence d'un talent dont le sujet n'était pas capable antérieurement.

Malgré nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé un cas superposable. C'est pour cette raison que nous nous décidons à le publier.

La séance est levée à 17 heures.

Les secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 30 Mars 1933

Présidence : M. C. VINCENT, président

Athétose double avec hématémèse répétées,
par MM. Babonneix, Maurice-Lévy et Mlle Wilm.

Les auteurs présentent un jeune homme de 16 ans, atteint d'athétose double et chez lequel sont survenus, depuis six ans, des hématémèses accompagnées de troubles dyspeptiques. On peut facilement éliminer l'ulcère ou le cancer de l'estomac. En faveur de la maladie de Wilson, militent plusieurs arguments, dont le principal est la coexistence de choréo-athétose. Mais il n'y a ici aucun signe hépatique, et l'hématémèse n'a jamais été observée dans cette maladie. S'agit-il de syphilis gastrique ? Un traitement orienté dans ce sens a paru donner de bons résultats.

L'hypertrophie des cellules olivaires dans la soi-disant pseudo-hypertrophie des olives bulbaires, par MM. Lhermitte et J. O. Trelles.

Dans quatre cas, les auteurs ont pu observer que la soi-disant pseudo-hypertrophie olivaire était faite de lésions différentes de celles qu'on lui réserve généralement. Non seulement les cellules nerveuses ne sont pas toujours atrophiées, mais elles peuvent présenter une hypertrophie véritablement colossale. La végétation dendritique si remarquable qu'elles présentent, ne peut être comparée qu'à celle qui se produit dans des cellules de ganglions rachidiens greffés (Nageotte) ou altérés (De Castro). La cause de cette monstrueuse hypertrophie cellulaire ne semble pas tenir dans une dégénération du faisceau central de la calotte, bien que celle-ci soit fréquemment associée à l'hypertrophie olivaire, mais plutôt à des lésions vasculaires locales, souvent de nature syphilitique.

Un cas de nystagmus du voile avec myoclonies synchrones. Examen anatomo-pathologique,
par M. LHERMITTE, Mlle G. LÉVY et M. TRELLES.

Chez une femme atteinte de myoclonies vélo-palatines, associées à des myoclonies cervicales synchrones, les auteurs ont pu constater l'exactitude topographique de la lésion qu'ils avaient supposé être à l'origine de cette singulière affection : altération grossière de la partie dorsale du pied et de la calotte protubérantielle s'accompagnant d'atteinte profonde de la substance réticulée et du faisceau central de la calotte. L'olive bulbaire atteinte présente le type de la pseudo-hypertrophie décrite par Marie et Guillain. (Il s'agit en réalité d'une véritable hypertrophie des cellules olivaires). L'origine des manifestations motrices se trouve indiscutablement dans l'atteinte du faisceau central de la calotte et probablement aussi de l'olive bulbaire homolatérale. Les auteurs insistent sur un point capital : dans leurs cas d'hypertrophie olivaire, on constate toujours des altérations vasculaires importantes des vaisseaux nourriciers de cet organe.

Le nystagmus du voile constitue donc un syndrome en rapport avec une lésion bien limitée et située généralement dans la calotte de la protubérance où elle frappe le faisceau central de la calotte et s'associe avec la dégénérescence olivaire.

Paralysies périphériques au cours d'un purpura hémorragique,
par MM. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Le tableau clinique est celui d'une polynévrite banale des membres inférieurs ; mais les conditions d'apparition au cours d'un purpura hémorragique, le début apoplectiforme avec douleurs très vives, l'évolution lentement régressive avec persistance de séquelles motrices et sensitives autorisent à admettre que les paralysies périphériques résultent plutôt d'hémorragies interstitielles des nerfs que de véritables polynévrites toxiques ou infectieuses.

La pathogénie des paralysies scorbutiques précoces semble de même ordre.

Paralysie amyotrophique des muscles de l'épaule droite, consécutive à un urticaire géant généralisé cryptogénétique, par MM. ALAJOUANINE, R. THUREL et G. MAURIC.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui présente une paralysie des muscles de l'épaule droite, semblable en tous points aux paralysies post-sérothérapiques.

Cette paralysie est survenue à la suite d'un urticaire géant généralisé cryptogénétique.

Cette observation pose à nouveau la question des rapports entre l'urticaire avec ses troubles sympathiques vaso-moteurs et les paralysies périphériques. La même question a été soulevée à propos des paralysies post-sérothérapiques.

Jean TUSQUES.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 27 Avril 1933

Présidence : M. LALO, vice-président

Les notions de fin et de moyen dans l'organisation administrative, par M. L. LANDRY.

En s'appuyant sur des exemples empruntés à des domaines très divers, l'auteur met en évidence l'existence, dans l'organisation administrative, d'un conflit entre les exigences des fins et les exigences des moyens, conflit qui doit être résolu par un compromis tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, si l'on veut répondre aux exigences de la pratique. C'est ainsi que, dans le domaine de la marine, la différenciation s'est faite dans le sens des fins par la séparation de la marine de guerre et de la marine marchande ; dans l'aviation, la prédominance de la considération de la technique a abouti à la formation d'un ministère de l'air, sans distinction de fins militaires ou commerciales.

D. L.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 Mars 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Intoxication par l'oxyde de carbone, par M. G. VERMEYLEN.

Présentation d'un malade qui fut admis à l'hôpital pour troubles de la mémoire et inertie mentale, survenus assez brusquement deux jours auparavant. Depuis un mois, il commettait des erreurs dans son travail, chose

qui ne lui était jamais arrivée antérieurement. L'enquête révéla qu'il travaillait dans des locaux mal aérés, où brûlait constamment un réchaud à gaz. Un examen somatique et sérologique approfondi ne montra rien de particulier, mais la recherche de la carboxyhémoglobine dans le sang fut nettement positive. Il s'agissait d'un cas d'intoxication lente par l'oxyde de carbone.

L'auteur attire l'attention sur trois particularités du syndrome mental que présentait ce malade : 1° l'absence de toute activité mentale spontanée allant jusqu'à l'indifférence à sa situation et pour sa famille ; 2° les troubles très particuliers de la mémoire, qui paraissaient porter surtout sur la mémoire de fixation. Cependant, il y avait pour certains faits fixation excellente, mais l'évocation ne pouvait se faire au moment voulu. Il existait aussi une sorte de fabulation compensatrice, riche en détails, mais dont les erreurs consistaient surtout en une transposition d'événements dans le temps. 3° Enfin, il y avait une discordance étonnante entre les résultats du calcul mental qui étaient le plus souvent corrects, et ceux des opérations écrites, dont le mécanisme était perdu.

Un pyromane (*18 incendies*), par M. Roelandts.

Présentation d'un sujet de 23 ans, interné depuis 4 ans, débile mental et buveur, dont l'activité antisociale s'est toujours manifestée uniquement par une tendance impulsive à l'incendie. Les nombreux délits dont il s'est rendu coupable ont tous été commis la nuit. Interrogé à de nombreuses reprises il s'est toujours montré incapable d'expliquer le pourquoi de ses actes. Il n'a jamais lutté contre ses impulsions et n'a jamais manifesté aucun remords.

A l'asile il est passif, docile, obéissant, travailleur, ne manifeste aucune tendance perverse. Son affectivité vis-à-vis de sa famille est conservée.

L'auteur discute le diagnostic de ce cas. Au début, une certaine lenteur des mouvements et une hyperglycorachie avaient fait penser à un syndrome post-encéphalitique, mais l'évolution n'a pas confirmé cette hypothèse. Il s'agit de débilité mentale ou peut-être d'une forme fruste de démence précoce.

Un cas de sclérose tubéreuse, par MM. Divry et Evrard.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans, atteinte de débilité mentale (âge mental de 9 ans), présentant à la face les adénomes sébacés caractéristiques de la maladie de Bourneville, et sur le tronc des taches pigmentaires. Crises convulsives dans la première enfance, puis vers l'âge de 10 ans, accès de petit mal. Le fond de l'œil est normal, ainsi que l'aspect radiologique des os du crâne.

Il n'existe pas d'autres cas connus dans la famille, mais celle-ci est tarée: grand-père paternel mort aliéné ; père alcoolique chronique ; la mère présente un goitre kystique et des anomalies pigmentaires cutanées très analogues à celles qui ont été relevées chez la malade. Cette dyschromie s'accentue chez la mère pendant l'hiver et pendant les grossesses.

La malade présente en outre des urines légèrement albumineuses, ce qui permet d'envisager l'hypothèse d'une atteinte rénale par le processus tumoral.

Epilepsie de la période secondaire de la syphilis, par M. MOREAU.

Relation du cas d'une femme de 26 ans, qui trois mois après son mariage présenta des épisodes bizarres, dont elle ne conservait aucune conscience, et caractérisés par des troubles brusques du caractère et du comportement social. Elle fit ensuite trois grandes crises convulsives. Une alopécie en clairière, survenue simultanément, mit sur la voie du diagnostic. La réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive chez le mari. Chez la malade, elle fut trouvée négative, mais devint positive après la 2e injection de novarsénobenzol. Aucun traitement antiépileptique ne fut prescrit et le traitement arsénical fit disparaître complètement les manifestations comitiales. Il s'agissait d'épilepsie de la période secondaire de la syphilis. Ces cas sont relativement rares ; ils se présentent le plus souvent chez la femme, entre 3 et 6 mois après le chancre.

J. LEY.

Séance du 29 avril 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Diplégie avec opisthotonos chez un enfant. Porencéphalie,
par MM. DE VOS et DIVRY.

Enfant né de parents sains ; aucun accident dystocique ; développement normal jusqu'à 5 mois ; à ce moment, état convulsif pendant 2 jours, laissant un déficit psychique complet, puis un état de contracture en flexion de plus en plus accentué, intéressant les 4 membres ; d'autre part, opisthotonos très marqué. Mort à 3 ans 1/2, par gastro-entérite.

Examen anatomo-pathologique : cerveau microcéphalique ; zones de microgyrie. Porencéphalie, surtout aux deux lobes occipitaux et le long de la scissure interhémisphérique. Deux pori volumineux et symétriques dans les putamens. Hydrocéphalie. Atrophie cérébrale globale, prédominante à droite.

Au point de vue histo-pathologique : nombreux corps granuleux dans les cavités porencéphaliques et les espaces périvasculaires. Produits de désintégration soudanophiles disséminés. Processus de réparation et de cicatrisation très actifs, de la part de la névroglie et du mésenchyme. Rien de notable du côté des ganglions de la base, en dehors des deux pori des putamens. Dégénérescence bilatérale des voies pyramidales.

Interprétation physiopathologique difficile : la contracture diplégique en flexion relève de l'atteinte pyramidale. Pour l'opisthotonos, peut-être faut-il faire intervenir les lésions striées et l'hypertension du liquide rachidien (28 en position couchée).

Démence avec épilepsie, par M. H. Hoven.

Relation de l'histoire clinique d'nne malade de 25 ans, envoyée à la section judiciaire de l'asile de Mons, après inculpation d'ontrage anx mœnrs. Elle provient d'une famille fortement tarée. Elle-même présente des troubles psychiques assez graves depuis l'âge de 16 ans. Elle a déjà fait antérienrement un séjour dans un asile ; lors de son interrogatoire, elle prétend ne pas s'en souvenir. L'intérêt du cas réside dans le diagnostic ; s'agit-il d'hystérie, d'épilepsie ou de démence précoce ? M. Hoven penche plutôt pour le diagnostic de démence précoce accompagnée d'épilepsie ; ce diagnostic se justifie par l'existence de maniérisme, de catatonie, de rire convulsif, de retard dans les réponses et d'indifférence affective. Le traitement anti-épileptique a amélioré la malade ; toutefois, l'affection mentale elle-même continue.

Epilepsie, par M. de Greeff.

Observation d'un homme de 52 ans, inculpé de menaces de mort et d'outrages aux mœurs. L'anamnèse du malade révèle que depuis deux ans environ il s'enivrait de temps en temps et était alors excitable et violent. Depuis six mois, ces « crises » avaient pris un caractère convulsif ; au cours d'un de ces accès, il avait menacé sa femme avec un couteau et s'était blessé à la main en cassant un carreau chez un voisin ; on le trouve inanimé, le corps secoué de convulsions ; il avait uriné dans ses vêtements ; il était incapable d'expliquer la scène qui s'était passée et ne se souvenait pas s'être blessé. L'hérédité de ce malade est normale. Il n'y a rien dans les antécédents personnels ; les examens de laboratoire ne révèlent rien d'anormal.

Au début de son séjour à l'asile, il refuse de manger et croit qu'on veut l'empoisonner. Bientôt il se calme et s'améliore ; puis brusquement il fait une série de douze crises épileptiques typiques en 24 heures, à la suite desquelles il reste confus pendant 3 jours.

Il s'agit donc d'attaques d'épilepsie qui se déclenchent de préférence à la suite d'excès alcooliques. L'auteur fait remarquer que l'amnésie n'était pas totale ; or, souvent on a tendance, en médecine légale, à attribuer une importance exagérée au caractère total de l'amnésie, dans l'appréciation de troubles qui relèvent d'un état épileptique.

Rodolphe Ley.

Société Belge de Neurologie

Séance du 29 avril
tenue en commun avec la Société de Pédiatrie

Présidence : M. C. COHEN

Arachnoïdite cérébrale, par M. P. VAN GEHUCHTEN.

L'auteur présente une fillette de 11 ans ; hérédité normale ; développement normal ; intelligence bonne. En novembre 1932 s'installe chez l'enfant une hémiplégie progressive du côté droit. Crises jacksoniennes de la face et de la langue. Pas de troubles de sensibilité. Syndrome pyramidal typique (raideur, Babinski à droite) ; pas de paralysie faciale. L'examen du fond de l'œil dénote de la stase papillaire ; ponction lombaire, pression augmentée ; épreuve de Queckenstedt positive. Injection d'air, négative ; on conclut à une tumeur cérébrale de la zone motrice gauche ; l'opération montre qu'il n'y a pas de tumeur, mais un voile épais d'arachnoïdite ; à la suite de l'opération, amélioration notable. En décembre 1932, la paralysie s'installe à gauche. Aussi, actuellement, la quadriplégie est totale ; aux membres inférieurs, la spasticité est quasi-nulle, alors qu'elle est très accusée aux membres supérieurs.

Les réflexes et le clonus sont très variables ; actuellement, le Babinski est bilatéral ; il y a donc dans ce cas forte prédominance des phénomènes moteurs. A signaler que le fond de l'œil est redevenu normal.

Achondroplasie, par MM. VERMEYLEN et HEERNU.

Enfant de six ans, chez lequel on relève tous les symptômes classiques de cette affection ; voûte cranienne élargie dans tous ses diamètres, front bombé surplombant le massif facial ; base du nez excavée. Tronc normal. Raccourcissement des membres aux dépens des os longs, avec main en trident. Musculature bien développée. Au point de vue intellectuel, léger retard, notamment pour la parole, qui n'a commencé qu'à trois ans. Santé générale satisfaisante. La radiographie du crâne ne permet pas de distinguer la soudure des pièces du sphénoïde avec l'apophyse basilaire de l'occipital. Aux membres, on constate une diminution de longueur des diaphyses et présence des points normaux d'ossification épiphysaire.

Aux membres inférieurs, irrégularité au niveau des zones de prolifération et allongement du péroné.

Au point de vue étiologique, rien dans les antécédents familiaux, pas de signe de syphilis, pas d'autres cas de la même affection dans la famille.

Syndrome pyramidal et extra-pyramidal à évolution progressive,
par MM. Cahen, J. Heernu et Van Wien.

Ces auteurs présentent un enfant âgé de 12 ans, chez qui se sont installés depuis environ cinq ans des phénomènes de paralysie spastique avec mouvements choréo-athétosiques, surtout localisés à gauche, à évolution progressive. B.G.S. négatif. Papille de stase double depuis plusieurs années; arriération mentale.

Une première ventriculographie il y a trois ans, montre que l'air ne pénètre pas dans le ventricule gauche.

Une trépanation décompressive amène une amélioration pendant un an environ. Puis l'évolution reprend ; l'enfant ne peut plus se tenir debout ; il est dirigé sur le service de M. le professeur Cohen. Une nouvelle ventriculographie montre de la dilatation des ventricules latéraux droit et gauche, et la présence d'une masse d'aspect floconneux, située à la partie postérieure de l'hémisphère droit. Il s'agit donc très probablement d'une tumeur siégeant à ce niveau, ayant déterminé un syndrome pyramidal et extra-pyramidal, à évolution lente et progressive.

Deux cas de polynévrite avec paralysie velo-palatine,
par MM. Cohen, Schellinckx et Mlle Flaxner.

Ces auteurs rapportent deux observations de polynévrites postdiphtériques graves avec paralysie vélopalatine. Dans le premier cas, la diphtérie n'a pu qu'être soupçonnée, l'enfant ayant eu mal à la gorge quelques semaines avant l'apparition des paralysies. La recherche de la teneur du sérum sanguin de cet enfant, en unités antitoxiques faite par M. le professeur Gengou, a montré la présence de 2 unités antitoxiques par cc., alors que le chiffre normal ne dépasse pas 0,1 u. a.

Dans le second cas, les paralysies fort graves avec entreprise du cœur, ont été précédées d'une diphtérie pharyngée, soignée dès le second jour avec des injections de sérum antidiphtérique (total, 210 cc.).

Le premier cas est guéri ; le second en voie de guérison. Convaincus de l'inefficacité de la sérothérapie des paralysies postdiphtériques, les auteurs se sont bornés à faire des injections de strychnine, balnéation chaude, électrothérapie.

Syndrome endocrinien avec pied ballant,
par M. L. Maryssael.

L... Victor, âgé de 22 mois, est amené le 16 février pour pied gauche ballant. Enfant gros, très hypotonique, avec un aspect d'hypothyroïdien, signes de rachitisme et Chwosteck positif, pied ballant, ne tient pas debout.

Antécédents héréditaires : sans particularité. *Antécédents personnels :* 3 crises de convulsions il y a un an, sans séquelle immédiate visible. Pas d'autre maladie.

Tous les *réflexes* tendineux et abdominaux sont normaux.

L'examen électrique pratiqué les 16 février et 26 avril montre une réaction de dégénérescence au niveau des muscles extenseurs du pied gauche. L'enfant a été soumis au traitement thyroïdien et anti-rachitique, qui a amené très vite une grande amélioration. Actuellement, il marche à la

main, traînant la jambe gauche. Y a-t-il eu poliomyélite sans symptôme aucun, ou bien s'agit-il ici d'uue séquelle d'une petite hémorragie survenue lors des convulsions il y a un an ?

Epilepsie jacksonienne, par M. L. MARYSSAEL.

B... René est né par un accouchement aux forceps, qui a occasionné une blessure importante de l'hémiface gauche. L'enfant est resté dans le coma 5 jours.

A 14 mois, constatation d'une paralysie de la main gauche. A 20 mois, lors des premiers pas, on voit qu'il tient le pied gauche en équinisme (ténotomie à 8 ans). Première crise d'épilepsie à 5 ans ; à dater de ce moment, crises tous les 4 ou 5 mois. Depuis un an, 4-5 crises par 24 h.

Examen : Enfant de 10 ans, atrophie de tout le côté gauche, portant surtout sur le bras. Réflexes tendineux exagérés à gauche. Réflexes oculaires, abdominaux, crémastériens normaux. Fond de l'œil, tension de l'artère rétinienne, ventriculographie normale. Sensibilité normale. Examen électrique normal. Wassermann négatif. Cette épilepsie a vraisemblablement pour origine une hémorragie cérébrale survenue lors de l'accouchement.

Remarques cliniques sur un cas d'idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypiques, par MM. Ch. COHEN et L. VAN BOGAERT.

Présentation d'une fillette de 13 mois, dont le père est israëlite. Les parents, les frères et les sœurs sont bien portants.

L'enfant a été présentée au Dr Cohen pour ses convulsions ; son attitude reste identique pendaut tout l'examen ; elle est couchée sur le dos, les jambes étendues, les bras en demi-flexion près du corps.

Les pupilles, largements dilatées, ne réagissent pas à la lumière. L'ensemble de la crise convulsive comporte surtout des phénomènes de contracture, les secousses étant réduites à un minimum ; l'enfant présente actuellement deux crises par jour en moyenne. L'examen oculaire montre un fond d'œil grumeleux ; les maculas sont pigmentées ; cadre péripapillaire net. Cet enfant présente un syndrome d'arriération mentale avec cécité accompagnée d'une série de signes appartenant au syndrome de décérébration partielle ; l'ensemble de ces signes appelle le diagnostic d'idiotie amaurotique. L'atypie des lésions oculaires est fréquente dans les types juvénil et tardif de la maladie ; elle est moins souvent signalée dans la forme infantile de Warren-Tay-Sachs.

Idiotie familiale amaurotique,
par MM. G. VERMEYLEN, R. DUBOIS et H. COPPEZ.

Présentation d'un cas classique d'idiotie familiale amaurotique.

Paraplégie spasmodique du type Strumpell non familiale,
par M. L. VAN BOGAERT.

Présentation d'une jeune fille, âgée actuellement de 16 ans, et que l'auteur a pu suivre depuis six ans.

Depuis l'âge de 8 ans, l'enfant s'est plainte d'une gêne de la marche ;

elle marchait les pointes des pieds en dedans, s'appuyait surtout sur le bord externe et se fatiguait rapidement. Depuis lors, l'affection s'aggrave régulièrement et progressivement ; la démarche est devenue très spasmodique avec demi-flexion des jambes et adduction légère ; la raideur des membres inférieurs est frappante ; il existe un double clonus du pied et un double signe de Babinski.

Il existe une cyphose cervico-dorsale accompagnée d'une lordose de compensation importante. Pas d'amyotrophie des membres inférieurs ; pas de trouble sphinctérien, pas de modification du fond de l'œil.

En résumé : chez une enfant de 8 ans se développe très lentement une paraplégie spasmodique qui atteint son développement complet en 7 ans ; elle ne comporte ni troubles sphinctériens, ni troubles sensitifs, ni troubles cérébelleux ; fond d'œil normal ; légère hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien; aucune apparence d'anémie. Cet ensemble de symptômes caractérise la paralysie spinale spasmodique pure. Une enquête familiale très minutieuse ne révèle rien, tant du côté paternel que maternel.

Tumeur du IV° ventricule à évolution clinique particulière,

par MM. L. Christophe, P. Divry et M. Moreau.

Observation anatomo-clinique d'un petit malade âgé de six ans : à la suite d'un épisode infectieux léger, l'enfant fait une fièvre élevée et des convulsions ; quelques mois plus tard, l'enfant fait une convulsion généralisée et à partir de ce moment on observe une certaine indécision et du tremblement de la main gauche ; puis les crises se répètent ; bientôt on voit apparaître des crises jacksoniennes, qui intéressent toute la moitié gauche du corps ; plus tard, on remarque que l'enfant tient la tête inclinée vers l'épaule gauche ; un examen oculaire montre des papilles normales ; peu après, l'enfant est atteint de grippe ; malgré une température peu élevée, il existe une somnolence profonde ; à partir de ce moment, les signes neurologiques s'aggravent rapidement ; la marche et la station debout sont impossibles ; l'ataxie cérébelleuse est très marquée ; il existe de la céphalée et des vomissements ; enfin surviennent des signes d'atteinte des nerfs craniens ; la radiographie montre des signes d'hypertension intra-cranienne. On porte le diagnostic de tumeur ; l'enfant succombe après l'opération. L'autopsie montre une tumeur du plancher du 4e ventricule, qui s'infiltre très haut sous le cervelet, surtout vers la gauche. Le diagnostic anatomopathologique montre qu'il s'agit d'un astrocytome.

Il est intéressant de signaler dans le cas présent que le diagnostic s'était orienté tout d'abord vers l'hypothèse d'une encéphalopathie d'origine infectieuse.

Cet état de chose a perduré pendant plus de deux ans avant qu'apparaisse le moindre signe d'hypertension intracranienne. Or, les convulsions généralisées sont un phénomène tout à fait exceptionnel dans les tumeurs du 4e ventricule. Encore ces signes d'hypertension pouvaient-ils être rapportés à l'épisode infectieux qui aurait laissé derrière lui une arachnoïdite bloquant le 4e ventricule.

Rodolphe Ley.

Groupement belge d'Etudes oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 25 Mars 1933

Présidence : M. H. DE STELLA (de Gand)

Fibrome méningé de la fosse cérébrale postérieure, par M. P. MARTIN.

Malade présenté à la réunion du 18 décembre 1932, et qui était atteint d'une volumineuse tumeur de consistance osseuse, dans la région occipitale, avec troubles de l'équilibre.

L'intervention a montré qu'il s'agissait d'une prolifération fibreuse pure, partie de la dure-mère, au niveau du sinus latéral, et envahissant les espaces intertrabéculaires du tissu osseux.

Suites opératoires excellentes ; disparition des symptômes de déséquilibration.

Tumeur en bissac cérébello-médullaire ; ablation, présentation de la malade, par MM. P. MARTIN et Ludo VAN BOGAERT.

Il s'agit d'une femme de 42 ans ; début de l'affection il y a 4 ans, par des douleurs occipitales s'irradiant vers l'épaule droite ; atténuation des symptômes, puis reprise il y a deux ans. Bientôt apparaissent des fourmillements dans le pouce droit, avec diminution de la force musculaire, dans le bras droit, et une anesthésie à forme de dissociation thermo-algésique sur tout le corps, jusqu'à la région cervicale. Ensuite surviennent des crises de raideur dans le bras droit et dans la nuque, des accès de dyspnée nocturne avec angoisse, une polyurie abondante, une parésie légère de la jambe droite avec clonus du pied et signe de Babinski. Enfin incordination légère des membres supérieurs.

La ponction lombaire révèle un blocage incomplet et une dissociation albumino-cytologique.

Extirpation d'une tumeur médullaire haute, avec extension incranienne des 2/3 de la masse néoplasique. Il s'agissait d'un méningiome. Régression progressive des symptômes et guérison.

Les auteurs attirent l'attention sur les troubles dissociés de la sensibilité, qui ont été signalés déjà dans des cas analogues, et sur les crises de raideur, qui sont probablement des manifestations fragmentaires de crises cérébelleuses de Jackson.

Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux d'origine traumatique,

par MM. MOREAU et CHRISTOPHE.

Plusieurs mois après un traumatisme cranien, apparaissent chez un ouvrier de 25 ans, des céphalées temporales, surtout à gauche, avec vertiges et diplopie. A l'examen : signe de Romberg, parésie de l'oculo-moteur externe gauche, puis du droit. Cicatrice sur le tympan à gauche ; hyperexcitabilité vestibulaire bilatérale. La radiographie montre une petite saillie au niveau de la région pétreuse gauche.

Ultérieurement, on constate à gauche : une hyperesthésie dans le domaine du trijumeau, une parésie faciale, des troubles de la démarche et de l'équilibre avec dysmétrie, asynergie, adiadococinésie, passivité.

Il y a donc des signes d'atteinte des nerfs V, VI, VII et VIII et du cervelet du même côté.

Cependant, le VI du côté opposé est atteint également, peut-être par fissure de la base. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une arachnoïdite post-traumatique de l'angle ponto-cérébelleux.

Deux cas de labyrinthite hérédo-syphilitique tardive,

par M.-P. HENNEBERT.

Chez deux sujets d'âge moyen, présentant des antécédents d'hérédo-syphilis avérée, apparaissent des sensations vertigineuses avec bourdonnements intenses, puis une diminution bilatérale de l'audition. L'examen de l'appareil vestibulaire révèle une inexcitabilité complète aux épreuves classiques, calorique, rotatoire, et galvanique, tandis qu'à l'épreuve pneumatique on note une hyperexcitabilité avec inversion du sens de la réaction. (Signe pseudo-fistulaire). Discussion du diagnostic et du mécanisme de la réaction.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Contribution à la symptomatologie des lobes frontaux, par M. Demianowska. *Rocznik Psychjatryczny*, nos 18-19, 1932

Dans les sept observations rapportées, les signes suivants paraissent les plus constants : céphalée, vertiges et vomissements, stase papillaire, troubles olfactifs. L'atrophie optique, l'hypertension demeurent exceptionnels ; 3 fois il y eut réaction albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Les troubles psychiques ont été particulièrement précoces et constants. Les signes spasmodiques habituels, avaient des localisations variées : rigidité faciale, ataxie, nystagmus. L'association de lésions calleuses paraît surajouter des troubles de la sensibilité profonde. Des manifestations convulsives, des signes pupillaires, des localisations pyramidales complètent souvent le tableau clinique.

P. Carrette.

Méthode d'exploration et caractéristiques du tonus musculaire chez les malades mentaux (Zur Erforschungsmethodik und Carakteristik des Muskeltonus bei Geisteskranken), par A.-L. Epstein (de Leningrad). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 140, fasc. 1 et 2, 1932, p. 124-132.

L'appareil construit par l'auteur permet la mesure du tonus musculaire en déterminant l'angle de flexion maxima du coude. Chez les sujets sains, cet angle est de 12-13°, il est sensiblement égal des 2 côtés, il n'est pas modifié par les mouvements latéraux de la tête. Par contre chez les malades mentaux, des anomalies importantes ont été observées dans 35 0/0 des cas (69 sur 197 cas examinés). Les anomalies consistent en 1) agrandissement de l'angle de flexion ; 2) différences sensibles entre les angles ; 3) modification de l'angle par les mouvements latéraux de la tête. Elles disparaissent avec la guérison de la maladie mentale.

E. Bauer.

Les réflexes pathologiques de la face (réflexes labiaux et mentonniers) et leur signification en psychiatrie (Die pathologischen Reflexe des Gesichtes (Rüssel-und Kinnreflexe) und ihre Bedeutung in der Psychiatrie), par A.-L. Epstein. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 140e, fasc. 1 et 2, 1932, p. 132-140.

L'auteur passe successivement en revue : les réflexes labiaux décrits sous le nom de réflexes de la moue (Rüsselreflexe), les réflexes mentonniers, le réflexe nasolabiomentonnier. Tous sont fréquents chez les malades mentaux. Le réflexe de la moue décrit par l'auteur en 1928, obtenu par la percussion des bords des lèvres, des gencives, de la pointe de la langue, mérite d'être signalé en particulier. Il existait chez 70 0/0 des malades examinés.

E. Bauer.

Le phénomène de trémulation du menton (das flimmernde Kinnphaenomen oder mentales Flimmerphaenomen), par A.-L. Epstein. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 140, fasc. 1 et 2, 1932, p. 141-145.

Le phénomène de trémulation se produit à l'endroit de la percussion, lorsqu'on percute avec un marteau à réflexes les muscles du menton. L'auteur a constaté sa fréquence dans les psychoses « lucides », dans la catatonie, mais surtout dans les formes graves et psychosiques de l'hystérie.

E. Bauer.

Etude physiologique et clinique du système pileux axillaire (Physiologie und Klinik der Axillarbehaarung), par A.-L. Epstein. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 140e, fasc. 1 et 2, 1932, p. 145-151.

Le développement du système pileux axillaire est sous la dépendance des glandes génitales, de l'hypophyse, des cortico-surrénales. On distingue deux types normaux : le type masculin et le type féminin. Les anomalies de développement sont fréquentes chez les malades mentaux ; leur existence est un signe de prédisposition aux maladies mentales. L'hypotrichose axillaire est fréquente chez les prédisposés aux psychoses symptomatiques et dégénératives ; l'hypertrichose du type mixte, sans différenciation sexuelle coexiste souvent avec la pygotrichose (présence de poils dans la région fessière) et représente un signe de prédisposition aux psychoses schizophréniques. L'existence du type masculin chez la femme a été constatée dans des cas d'hystérie et de schizophrénie. E. Bauer.

Étude anatomo-clinique d'un cas de narcolepsie, par MM. R. A. Ley, Sels et Van Bogaert. (*Journal de Neurologie et Psychiatrie*, août 1932).

Observation détaillée, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, d'un cas de narcolepsie. Les constatations anatomo-pathologiques ont été négatives, malgré une étude particulièrement minutieuse. Sengès.

Le Nervosisme, par Henri Vignes. *Le Progrès Médical*, 26 mars 1932.

Le déséquilibre du système neuro-végétatif, les insuffisances complexes des diverses glandes à sécrétion interne créent, chez l'individu qui en est atteint, un état d'insécurité, un sentiment d'instabilité, d'infériorité, d'hyperirritabilité. Pour Vignes l'ensemble de ces manifestations constitue le

nervosisme. Parmi les facteurs favorisant le développement de ces états pathologiques, la prédominance de certains troubles endocriniens donne à quelques formes leur tonalité bien caractéristique. C'est ainsi qu'on connaît la surexcitation, le besoin de rapidité, la tachypragie des hyperthyroïdiens ; les fatigués, abouliques et tristes atteints d'insuffisance surrénale ; la céphalée, l'insomnie, la dépression, les troubles cutanés des hépatiques ; la spasmophilie des déficients parathyroïdiens, etc... P. CARRETTE.

La forme galopante de la maladie de Basedow, par P. CARNOT, H. BÉNARD, M. RUDOLF et Paul VÉRAN. *La Presse Médicale*, 20 février 1932.

Le syndrome évolua en 5 semaines et l'examen histologique montra une telle prolifération glandulaire que le diagnostic de néoplasme put être discuté. La fluxion thyroïdienne fit brusquement son apparition avec la fièvre et une agitation extrême. L'exophtalmie et l'angoisse donnèrent rapidement à la physionomie un aspect tragique ; le tremblement s'intensifia et se généralisa. Notons aussi le métabolisme basal à 200 et un amaigrissement de 20 kg. en un mois.

On se demande quelle conduite tenir dans des cas de ce genre. Certaines poussées dramatiques se calment spontanément. Le traitement chirurgical risque de provoquer des accidents ; l'iode devrait être utilisé. On a également recommandé la ligature d'une artère thyroïdienne sous-anesthésie locale. P. CARRETTE.

La classification des crises convulsives, d'après les connaissances actuelles sur les fonctions de l'écorce cérébrale et des noyaux sous-corticaux, par H. HALBAN. *Rocznik Psychjatryczny*, nos 18-19, 1932.

Les crises d'origine corticale avec excitation localisée produisent des excitations motrices, sensitives ou mixtes ; s'il y a irradiation, on note une perte de connaissance ; s'il y a propagation sous-corticale, des phénomènes toniques, spasmodiques. L'excitation sous-corticale étendue produit en outre des phénomènes en rapport avec les phases plus tardives de l'épilepsie : narcolepsie, catalepsie. Au moyen d'un cas rare, mais typique, Halban fait une démonstration de ces conceptions : il s'agit de spasmes sous-corticaux spontanés, également provoqués par des excitations sensitives et localisés à l'une ou l'autre extrémité, et plus rarement à la face. P. CARRETTE.

Recherches sur quelques manifestations motrices de l'épilepsie essentielle, par Luigi BALIETTI (de Macerata). *Rassegna di Studi Psichiatrici* (mai-juin 1932).

L'auteur pratique une série de recherches expérimentales sur les épileptiques, chez qui la maladie a produit des altérations de la motilité volontaire à caractère de bradykinésie. Il étudie les différentes phases de la secousse musculaire simple obtenue par le choc d'induction, la secousse réflexe et les syncinésies. Il remarque que la secousse simple est totalement allongée, que les syncinésies symétriques sont nettement exagérées. M. Balietti se croit autorisé à conclure que l'origine de cette altération motrice des épileptiques se trouve dans une dysharmonie fonctionnelle des deux composantes fondamentales du mouvement, par abaissement des influences kinétiques du système cortico-spinal. Paul ABÉLY.

Les réflexes oculo-cardiaque, palato-cardiaque et solaire dans l'accès épileptique, par Théodor Dosuzkov et Karel Uttl. *Revue Neurologii a Psychiatrii,* mai-juin 1932.

Les auteurs, ayant eu l'occasion d'examiner cliniquement le système végétatif immédiatement avant et après l'accès épileptique, ont constaté la diminution de la vagotonie préparoxystique après l'accès dans 4 cas, l'augmentation dans 1 seul cas. La formule végétative inversée de ce dernier cas tient aux modifications organiques secondaires, consécutives à la prolongation anormale de l'accès et à l'agitation intense post-paroxystique.

P. Carrette.

Epilepsie et syphilis congénitale, par Karl A. et William C. Menninger. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* mai et juin 1932.

Les divergences d'opinions des auteurs proviennent de l'insuffisance des critères utilisés aussi bien pour établir le diagnostic d'épilepsie que pour celui de syphilis héréditaire. Quelques phénomènes convulsifs dans l'anamnèse, l'épreuve seule du traitement ne suffisent pas. Les présentateurs ont recueilli 31 cas pour lesquels la preuve de la syphilis a été tirée de la recherche des antécédents héréditaires, d'examens cliniques et biologiques. Les manifestations concitiales étaient de 2 types ; les unes, directes, avec localisations lésionnelles du cerveau ; les autres indirectes, reproduisant les signes de l'épilepsie essentielle. Toutefois, à bien considérer l'ensemble des cas de mal comitial et ceux de syphilis héréditaire, l'épilepsie syphilitique congénitale est en clinique une éventualité assez rare.

P. Carrette.

Les troubles du langage au cours des accidents épileptiques conscients et mnésiques, par M. L. Marchand (*Revue Neurologique,* Déc. 1932).

L'auteur décrit trois modalités dans l'aphasie transitoire épileptique : 1° arrêt brusque de la pensée avec perte du langage intérieur ; 2° anarthrie et aphasie sensorielle (aphasie de Broca) ; 3° anarthrie par perte du langage extérieur.

Il rapporte des observations de ces différentes modalités, compare ces accidents comitiaux conscients et mnésiques à des réactions physiologiques très voisines que l'on rencontre chez l'individu normal, sous l'influence de différents stimuli. La théorie circulatoire des accidents comitiaux, soutenue par Souques, semble mieux s'adapter à ces faits que les théories toxique et anaphylactique.

J. Tusques.

Syndrome neurosomatique de l'épilepsie. Contribution clinicopathologique au concept avec observation de 2 cas, par Morgan B. Hodskins et Paul I. Yakovlev. *Archives of Neurology and Psychiatry,* janvier 1932.

Les auteurs décrivent sous cette appellation une épilepsie symptomatique accompagnant un syndrome neuropsychique assez particulier, expression d'un état de destruction progressive du système nerveux. Les lésions de dégénérescence et d'atrophie affectent surtout le cortex frontal, les ganglions de la base et les formations pédonculo-hypothalamiques. L'expres-

sion clinique consiste dans un syndrome psychomoteur à évolution progressive avec état convulsif chronique, démence, rigidité et éventuellement paraplégie en flexion. Hodskins et Yakolev ont rapporté en 1930 des faits à l'appui de leur conception syndromique. Ils décrivent, aujourd'hui 2 cas nouveaux : le premier est une encéphalite chez un enfant de 12 ans ; le second un état artérioscléreux parkinsonien chez un sujet de 66 ans. Ils conditionnent l'évolution spéciale de leurs cas par des altérations organiques chroniques touchant spécialement le foie.

P. CARRETTE.

Les convulsions épileptiques de la démence paralytique. Leur relation avec la sclérose de la corne d'Ammon, par H. Houston MERRITT. *Archives of Neurology and Psychiatry*, janvier 1932.

La statistique de Merritt est impressionnante : dans 30 cas de démence paralytique, la corne d'Ammon était sclérosée et des phénomènes épileptiformes signalés dans 27 observations. Il ne s'agit pas d'une série isolée ; la littérature médicale fournit de nombreux exemples identiques. Il est peu vraisemblable que la corne d'Ammon ait une fonction inhibitrice propre. On doit plutôt admettre que sa fragilité vasculaire est toute spéciale. Le spasme circulatoire et la sclérose secondaire apparaissent de nouveau dans ces cas comme facteurs essentiels de la réaction convulsive. Ce sont les seuls dont la réalité soit établie sur des bases anatomiques sérieuses.

P. CARRETTE.

Les rapports entre les traumatismes et quelques maladies nerveuses. (Über die Bezichungen zwischen Trauma und eimigen Nervenkramkheiten), par O. VERAGUTH (de Zurich). *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXIX, fasc. 1er, 1932.

L'auteur expose la difficulté de ce problème, très complexe, que le clinicien ne peut aborder de la même manière que l'expert, et qui doit être posée sous des aspects différents suivant la maladie à considérer. Il étudie ensuite les rapports étiologiques des traumatismes avec les tumeurs, le syndrome de Parkinson, l'épilepsie, les maladies infectieuses des centres nerveux, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la syringomyélie. En ce qui concerne les tumeurs, il ne nie pas d'une façon catégorique la possibilité du gliome d'origine traumatique ; d'autre part, un traumatisme peut précipiter l'évolution d'une tumeur déjà existante. Des réserves s'imposent à propos de nombreuses observations étiquetées « parkinsonisme post-traumatique ». Celui-ci est en réalité très rare. Le rôle des traumatismes dans l'étiologie de l'épilepsie a été apprécié différemment par les auteurs qui l'ont étudié. Il y a lieu de penser que le traumatisme seul ne suffit pas pour provoquer le syndrome comitial, mais qu'il faut de plus une prédisposition constitutionnelle, ou une prédisposition acquise, telle une intoxication par exemple. En réalité, conclut l'auteur, il y a dans ce domaine peu de certitude. Le clinicien sceptique, au regard de tant d'hypothèses et de savantes constructions, peut résumer ses propres observations ainsi que les communications et les réflexions des autres, en cette phrase de Montaigne : Que sais-je ?

E. BAUER.

Les céphalées persistantes après les traumatismes du crâne. Importance de l'examen oculaire, par A. CANTONNET. *Journal des Praticiens*, 16 mars 1932.

On reconnaît l'origine de certaines céphalées par l'examen au verre rouge. Le sujet voit 2 lumières. La diplopie est due à la paralysie d'un des muscles oculo-moteurs. Dans d'autres cas l'examen du fond d'œil révèle la congestion papillaire et il s'agit de céphalées persistantes consécutives à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien par commotion ou contusion cranienne. Il est vraisemblable que le trauma a apporté un trouble de la sécrétion des plexus choroïdes. Pour soulager ces blessés, il faut pratiquer la ponction lombaire. P. CARRETTE.

Un cas de troubles cérébraux extrapyramidaux d'origine traumatique (Ein Fall von posttraumatischer, extrapyramidaler Gehirnaffektion), par Sten. ECKERSTRÖM, *Acta psychiatrica et neurologica*, Vol. VII, fasc. 3, 1932, Copenhague.

Un sujet est atteint, par suite d'une chute d'échafaudage, de contusions multiples, sans fracture, de l'épaule droite, du dos, des hanches, de la tête. La description de l'accident permet de conclure également à l'existence d'une commotion cérébrale. Peu de temps après le traumatisme, le malade presente des signes de plus en plus nets de névrite du plexus brachial, et en outre on observe des troubles moteurs extrapyramidaux et une hémianesthésie thalamique du côté droit. L'examen clinique et humoral, ainsi que l'enquête sur les antécédents, n'ont pas permis de dépister une origine autre que le traumatisme. L'observation est discutée à la lumière des travaux de Crouzon et de quelques travaux récents sur le syndrome de Déjerine-Roussy. E. BAUER.

Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne, par MM. BREMER, H. COPPEZ, G. HIGGUET et P. MARTIN. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1932).

Résumé du rapport présenté au Congrès d'Oto-Neuro-Oculistique de Montpellier (mai 1932).

Le rapport est divisé en : I. *Séméiologie subjective* comprenant : 1° le syndrome commotionnel classique ; 2° signes ophtalmologiques subjectifs ; 3° signes otologiques subjectifs.

II. *Séméiologie objective* comprenant : 1° Symptômes neurologiques et somatiques généraux ; 2° Symptômes ophtalmologiques ; 3° Symptômes otologiques ; 4° Symptômes radiologiques et encéphalographie ; 5° Etude du liquide céphalo-rachidien.

III. Anatomie pathologique. — IV. Pathogénie. — V. Thérapeutique. — VI. Médecine légale. SENGÈS.

Sur le problème du parkinsonisme traumatique, par A. E. KULKOV (de Moscou). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, avril 1932.

Le parkinsonisme traumatique n'est pas *a priori* une impossibilité pathologique, mais les conditions qui sont requises pour admettre sa réalisation commandent son extrême rareté, car il faut admettre la nécessité : 1. d'un

traumatisme sévère accompagné de fracture du crâne ou au moins d'une sérieuse commotion ; 2. l'absence d'antécédents pathologiques d'ordre nerveux ; 3. l'écoulement d'une période latente, prodromique du parkinsonisme au cours duquel se développent des signes d'une affection neurologique plus générale, plus diffuse.

Si on tient compte de l'évolution logique du parkinsonisme à partir de l'encéphalite initiale, les cas où l'on peut noter une coïncidence entre son syndrome infectieux, puis scléreux et les conséquences d'un traumatisme cranien deviennent exceptionnels et nombre de manifestations jadis classées dans l'étiologie ou les signes avant-coureurs font aujourd'hui partie de la symptomatologie de la phase du début. P. CARRETTE.

Ostéite fibreuse kystique du crâne associée à l'hémianopsie et à des troubles psychiques, par Harold D. PALMER, Reed HARROW et Louis A. SCHWARTZ. *Archives of Neurology and Psychiatry*, janvier 1932.

La rareté clinique du fait observé n'est pas son seul intérêt. Etiologiquement, il semble qu'on puisse imputer les symptômes à des perturbations glandulaires : troubles testiculaires générateurs d'anomalies sexuelles physiques et mentales, troubles parathyroïdiens favorisant, dans la région occipitale traumatisée, la production de lésions osseuses et secondairement de symptômes de la sphère visuelle. P. CARRETTE.

Le problème des infections névraxiques de nature indéterminée, par Léon TIXIER et Stanislas DE SÈZE. *Le Monde Médical*, 1er avril 1932.

Il n'est pas douteux que le nombre et la complexité de ces syndromes neuropsychiatriques ont augmenté considérablement depuis quelques années. A propos de cinq observations nouvelles, les auteurs montrent comment on peut rattacher certaines formes polynévritiques ou radiculonévritiques aux formes basses de l'encéphalite épidémique, comment on doit écarter les diagnostics de sclérose en plaques, de maladie de Heine-Médin, de myélite nécrotique subaiguë, de maladie de Schilder-Foix, de neuro-myélite optique, d'ataxie aiguë de Leyden, sans oublier les diverses localisations des tumeurs cérébrales. En dehors des cas aigus, extrêmement graves, qui amènent la mort par atteinte bulbaire, Tixier et de Sèze font remarquer que les autres formes guérissent souvent sans séquelles. Il convient de mettre en œuvre le traitement des états infectieux : urotropine, salicylate de soude, argent colloïdal. P. CARRETTE.

Méningisme épidémique, polynévrites infectieuses, bulbopathies épidémiques, encéphalomyélites disséminées : paraencéphalites? par Josef PELNAR. *Bratislavské Lekarske Listy*, septembre 1931.

Les syndromes nerveux qui ont fait leur apparition depuis la guerre n'étaient pas complètement nouveaux. Notre parkinsonisme post-encéphalitique n'est peut-être pas très différent de certaines paralysies progressives décrites comme des exceptions cliniques par Charcot. L'intérêt des manifestations récentes réside dans leur caractère épidémique. Réactions méningées de la rougeole et de la varicelle, paralysies bulbaires, névrites des plexus, poliomyélite antérieure, encéphalite épidémique présentent cette particularité d'être dus vraisemblablement à un virus filtrant neurotrope.

L'auteur compare leurs formes différentes au groupe des bactéries du type Eberth ; la plus simple, — le bactérium coli —, n'étant pas pathogène, correspondait au virus herpétique. Depuis l'épidémie d'encéphalite, l'activité nocive des agents pathogènes neurotropes se serait subitement accrue, comme ce fut le cas du groupe coli-typhique au début de la guerre.

P. CARRETTE.

Une épidémie à virus neurotrope. Inflammation disséminée du système nerveux, par le Dr Alph. LEROY. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* juin 1932.)

Seize observations de malades atteints d'encéphalomyélonévrite. Malgré l'extrême variété des symptômes et des tableaux cliniques, on rencontre chez la plupart des malades quelques signes communs : 1° des troubles du sommeil ; 2° des troubles mentaux ; 3° des signes névritiques. Souvent, il s'y ajoute du tremblement.

L'auteur ne s'arrête pas à un diagnostic précis et ne croit pas possible d'affirmer qu'il s'agisse d'encéphalite épidémique. Il ne semble pas cependant que ces cas soient différents de ceux décrits depuis l'épidémie d'encéphalite épidémique d'après-guerre. SENGÈS.

Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance, par MM. R. A. LEY, M. MEUNIER et L. VAN BOGAERT. Rapports présentés au XIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie (Gand, 24 et 25 septembre 1932). (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1932).

Nous ne pouvons que donner le plan de ces rapports en conseillant aux psychiatres la lecture de ce travail extrêmement fouillé et documenté.

I. Rapport clinique. — Rappel des syndromes observés au cours des encéphalites de l'enfant.

Premier groupe : Encéphalites survenant au cours des maladies éruptives. (Vaccine, rougeole, varicelle, rubéole, variole). En annexe : scarlatine. Encéphalite disséminée aiguë.

Deuxième groupe : Encéphalites survenant au cours de broncho-pneumonie, pneumonie, etc.

Troisième groupe : Coqueluche.

Quatrième groupe : Oreillons.

II. Rapport anatomo-pathologique. — III. Documents personnels et inédits des rapporteurs. — IV. Considérations générales et conclusions.

SENGÈS.

Cas familiaux d'encéphalomyélites aiguës disséminées, par B. RODRIGUEZ-ARIAS. *Revista Medica de Barcelona*, avril 1932.

Deux groupes d'observations nouvelles confirment les opinions défendues par l'auteur dans ses publications récentes. Il y aurait dans l'étiologie, la pathogénie et l'évolution, des facteurs communs à ces encéphalomyélites, à l'encéphalite léthargique et à des variétés cliniques décrites dans le cadre de la sclérose en plaques. Les encéphalites post-vaccinales représenteraient la reviviscence occasionnelle de névraxites cryptogènes ou de formes léthargiques latentes. P. CARRETTE.

Sur les encéphalomyélites aiguës disséminées (à l'occasion d'un cas de neuro-myélite optique aiguë), par José Sanchis Banus. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades,* 26 mars 1932.

Dans cette très intéressante étude sur l'actualité neurologique, l'auteur individualise nettement cette forme de myélite aiguë associée à la névrite optique, dont les rapports avec la maladie de Schilder, la sclérose en plaques et l'encéphalite épidémique lui paraissent purement accidentels. Certains cas ont été décrits comme complications nerveuses de la rougeole et le traitement par les injections de sérum de convalescents doit être tenté pour tous les cas d'encéphalomyélite aiguë disséminée chez l'enfant.

P. Carrette.

A propos de la méningo-encéphalite ourlienne primitive et de la méningo-encéphalite ourlienne autonome, par R.-J. Weissenbach. *Le Progrès Médical,* 27 février 1932.

La méningo-encéphalite ourlienne primitive est celle qui se développe avant toute atteinte glandulaire. La forme autonome existe en dehors de toute autre manifestation ; de sorte que le diagnostic ne saurait reposer uniquement sur l'examen clinique et biologique, mais s'établit par la connaissance des conditions épidémiologiques. Pour combattre l'opinion de certains auteurs, Weissenbach insiste sur la nature secondaire des réactions méningées et sur le caractère primitif des lésions cérébrales démontré par l'étude chronologique des localisations parenchymateuses. Cette étude du neurotropisme du virus ourlien montre sa parenté avec celui de la rage et l'encéphalite épidémique.

P. Carrette.

Troubles encéphalitiques à répartition diffuse, lentement progressifs chez un homme de 37 ans, survenus après une fièvre typhoïde en 1916, par le Dr J. De Busscher (Gand). (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie.* août 1932).

Longue observation, très détaillée, d'un syndrome complexe neuro-psychique, de diagnostic difficile.

Sengès.

Sur un cas d'encéphalite après vaccination prophylactique antityphique, par J. Morawiecka. *Neurologja Polska,* Tome XIV, nº 3, 1931.

Les réactions vaccinales furent intenses dès la première injection de 1/2 cm³, suivie 9 jours après d'une deuxième injection de 1 cm³. Peu à peu la force musculaire diminue aux extrémités. On note des troubles de la déglutition, de la parole, de la respiration. 21 mois après la vaccination, on constate en outre : ataxie, démarche cérébelleuse, asynergie, diminution de la sensibilité superficielle. Le liquide céphalo-rachidien montre des anomalies albumino-cytologiques ; le Wassermann et le Widal sont négatifs. L'analyse des symptômes neurologiques permet à l'auteur de supposer qu'il s'agit de lésions en foyers multiples, bilatérales, occupant principalement la partie inférieure du pont de Varole.

P. Carrette.

Au sujet des syndromes paranoïdes au cours de l'encéphalite épidémique, par Julien DRETLER. (*Now. Psych.*, t. IX, IIIe et IVe trimestres, p. 163).

Dretler réunit 7 observations très détaillées de malades qui, à la suite d'une encéphalite épidémique à forme prolongée, présentaient des signes paranoïdes. L'étude des malades et l'analyse psychologique des cas observés semblent prouver que les signes paranoïdes, qui apparaissent au cours de l'encéphalite épidémique dans sa période chronique, sont l'aboutissant d'un processus psychique très prolongé. Les signes qui font le caractère essentiel de ces états sont : l'automatisme mental et le mentisme. Le degré de développement des signes d'automatisme mental dépend, dans les formes prolongées d'encéphalite épidémique, de l'état psychophysique spécial. Les troubles paranoïdes sont en rapport avec les signes physiques de l'encéphalite épidémique. Mais leur manifestation accentuée est une preuve indirecte que les troubles encéphalitiques organiques ne sont pas très avancés. L'aggravation des signes physiques entraîne en effet une atténuation du syndrome mental. L'ensemble des réactions du malade, qui sont caractéristiques des syndromes paranoïdes, s'établit au cours de la maladie et n'exige pas de prédispositions spéciales qui résideraient dans le caractère constitutionnel du sujet.

FRIBOURG-BLANC.

L'écriture dans la période tardive de l'encéphalite épidémique chronique, par Vittor Ugo GIACANELLI. (*Annali dell' Ospedale psichiatrico di Perugia*), septembre 1932.

Dans une longue et très minutieuse étude, l'auteur examine les altérations de l'écriture dans dix cas d'encéphalite épidémique chronique, cas suivis depuis 12 années. Il constate que les dysgraphies sont très différentes de celles décrites par les divers auteurs pendant les premières années de la maladie. Elles parviennent souvent à s'identifier, à peu de chose près, avec celles produites par la paralysie générale.

M. Giacanelli étudie ensuite les dysgraphies en général et essaye de les différencier en plusieurs groupes. Il signale que des troubles de l'écriture dans l'encéphalite constituent un important symptôme clinique tant par leur fréquence que par leur caractère très particulier. D'après lui, elles ont une grande importance au point de vue médico-légal.

Enfin ce même auteur décrit les caractères principaux différentiels des dysgraphies consécutives à l'encéphalite épidémique chronique avec celles produites par la maladie de Parkinson et par la démence paralytique.

Paul ABÉLY.

Forme vagotonique de la névraxite épidémique, par Rodolfo Julio GUIRAL. *Archivos de Neurobiologia*, Janvier-février 1932.

L'auteur a observé au cours de syndromes aigus à début grippal des manifestations de déséquilibre neuro-végétatif, caractérisées par de la bradycardie, de l'hypotension, de la sialorrhée, des nausées, des défaillances. Ces troubles survenant chez des sujets prédisposés complète un tableau clinique où dominent les signes diencéphaliques, cérébelleux et oculaires constatés, soit dans les cas précités, soit chez d'autres malades atteints par

la même épidémie. Ces manifestations infectieuses relativement bénignes n'ont pas fourni la possibilité de vérifications anatomiques.

P. CARRETTE.

De la maladie de Gerlier à l'encéphalite épidémique, par M. ROCH. *La Presse Médicale*, 27 février 1932.

La maladie de Gerlier n'existe plus guère en Europe. Elle était observée parfois dans la région de Genève il y a une quarantaine d'années. Elle sévit encore actuellement dans le nord du Japon. Gerlier, qui l'observa vers 1884, l'appelle « vertige paralysant ». On la contracte au contact des bestiaux; ce sont surtout les bergers et les fermiers qui en sont atteints. Elle procède par accès paralytiques qui touchent la paupière supérieure, les extrémités, la mâchoire, le larynx, et s'accompagne de somnolence, de besoin invincible de dormir et de troubles de la mémoire de fixation. C'est une maladie bénigne qui cède facilement au repos, ne récidive pas spontanément, mais peut se reproduire par contagion nouvelle. Le malade présenté par Roch a eu récemment des accès pour lesquels l'auteur discute le diagnostic d'encéphalite épidémique, infection dont l'aspect clinique est proche de celui de la maladie de Gerlier. P. CARRETTE.

La Neuromélitococcie, par Henri ROGER. *La Presse Médicale*, 7 mai 1932.

Les localisations nerveuses de la fièvre de Malte ont été longtemps méconnues, parce que d'apparition tardive et d'une symptomatologie multiple. Roger distingue des formes cérébrales, à prédominance de troubles psychiques ; médullaires, à type de parésie spasmodique progressive ou de paralysie flasque ; radiculaires, douloureuses ; méningées, avec spasmes vasculaires cérébraux, décelées par les réactions albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien. Bien des points de la symptomatologie restent à fixer ; certaines complications surviennent après des années ; si leur évolution est souvent favorable, quelques formes laissent des séquelles paralytiques, spasmodiques ou douloureuses extrêmement tenaces. P. CARRETTE.

Empoisonnement par le plomb chez les enfants. Les manifestations cérébrales, par Charles F. MEKHANN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, février 1932.

Le saturnisme est rarement diagnostiqué chez l'enfant. Les accidents gastro-intestinaux sont trop fréquents chez lui pour faire l'objet de recherches étiologiques précises. Les signes gengivaux ont une importance capitale. Les roentgenogrammes sont parfois utiles ; ils permettent de découvrir des tâches opaques dans la région pelvienne. L'ingestion de certaines eaux plombifères, de poudre pour le visage, de peinture recouvrant les jouets est à l'origine de la plupart des accidents.

L'autopsie des cas mortels montre un degré intense d'œdème cérébral. L'encéphalite saturnine provoque de vives céphalées, des vomissements, le ralentissement du pouls, un état de choc parfois comateux. Le traitement consiste à combattre l'œdème par des injections hypertoniques. L'auteur préconise le sulfate de magnésium intramusculaire en solution à 25 0/0. Les cas graves laissent malheureusement des séquelles fréquentes : troubles cérébraux persistants, et surtout névrites périphériques. P. CARRETTE.

La syphilis acquise dans le diabète insipide et le syndrome infundibulo-tubérien, par R.-J. WEISSENBACH et Gilbert-DREYFUS. *Le Monde Médical*, 15 mai 1932.

Les expériences de Camus et Roussy fournissent aux auteurs des arguments en faveur de l'origine fréquente de lésions infundibulaires dans les troubles de l'hydro, de la glyco, de l'adipo et de la thermo-régulation. L'action de la rétropituitrine sur la polyurie n'est pas en contradiction avec les faits précédents. Une synergie fonctionnelle peut exister entre la sécrétion hypophysaire et l'excitation des centres infundibulo-tubériens. A côté des syndromes d'origine tumorale, il existe un groupe nettement caractérisé de méningo-vascularites syphilitiques intéressant le plancher du 3e ventricule.

P. CARRETTE.

Une affection acromégalique d'origine et d'évolution anormales. (Eine akromegale Erkrenkung ungewöhnlicher Entstchung und Verlaufs), par W. RIESE (de Francfort). *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXIX, fasc. 2, 1932.

Un sujet est atteint de troubles nerveux et psychiques après une sinusite suppurée, contractée en campagne. En outre il présente, depuis plusieurs années, des signes d'acromégalie. L'auteur admet la possibilité de la propagation à l'hypophyse, de l'infection sinusale qui avait atteint les sinus sphénoïdaux. Tel fut aussi l'avis du Tribunal des Pensions compétent, qui a adopté les conclusions des experts (dont l'auteur) en faveur du droit à pension. Toutefois on ne peut exclure la possibilité d'une tumeur primitive de l'hypophyse, l'image radiologique de la selle turcique permet d'y penser.

E. BAUER.

Sclérose latérale amyotrophique avec symptômes mentaux, par I. S. WECHSLER et Charles DAVISON. *Archives of Neurology and Psychiatry*, avril 1932.

La question qui se pose en face de la juxtaposition de troubles mentaux et d'un syndrome neurologique est celle de leurs relations et de leur interdépendance. Dans les cas observés par Wechsler et Davison, nous trouvons les lésions classiques du faisceau pyramidal, des noyaux bulbaires et leur extension vers les centres : noyaux gris, cortex. Dans l'une des observations, la diffusion du processus de sclérose au cerveau coïncidant avec la constatation d'un état d'affaiblissement démentiel semble autoriser la conception nosologique d'un syndrome associé neuro-psychiatrique, mais les autres cas sont moins démonstratifs et les auteurs indiquent la difficulté qu'on éprouve à édifier une pathogénie commune pour des troubles du caractère, de l'émotivité, pour des altérations de la personnalité d'une part et la sclérose méningo-encéphalique de l'autre.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Recherches sur l'origine des plaques séniles dans le cortex cérébral, par L. MARCHAND, *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, juin 1932 p. 569.

Les plaques séniles se développent presque exclusivement dans la substance grise corticale, elles sont rares dans la substance blanche sous-corti-

cale. A leur début, elles sont constituées par une altération très localisée du réseau fibrillaire compris entre les différents éléments cellulaires du cortex. Ce réseau devient argyrophile, altération entraînant la formation de granulations lipoïdes. Puis la plaque s'étend, l'altération portant toujours sur le réseau nerveux qui, suivant les couches du cortex, renferme plus ou moins de fibrilles névrogliques, oligo-dendrogliques, microgliques, de fibres à myéline, de prolongements dendritiques des cellules nerveuses. La plaque prend la forme d'une petite sphère, dont le diamètre ne dépasse pas 80 μ et elle ne s'agrandit plus. La partie centrale est formée par une partie amorphe résultant de l'agglomération des produits de dégénérescence des diverses sortes de fibrilles.

Les petits bâtonnets, cassures, corpuscules, que l'on note principalement dans les plaques situées dans les couches des cellules pyramidales, paraissent être formés par des débris de cylindres-axes ou de neurofibrilles.

La destruction de ces neurofibrilles dépasse les contours de la sphère sénile et c'est pourquoi on peut retrouver les mêmes éléments épars autour des plaques.

Autour de la plaque sénile, aucune réaction inflammatoire, aucun processus de réparation, de déblaiement. Quel que soit le siège de la plaque sénile, les prolongements névrogliques s'effritent dès qu'ils sont en contact avec les bords de la plaque. Il en est de même des prolongements des cellules microgliques.

Ainsi, que l'on considère les différents éléments constitutifs de la plaque sénile, que l'on considère les éléments qui la bordent ou l'environnent, la plaque ou sphère sénile apparaît comme une désintégration locale, une mortification très limitée du réseau fibrillaire de la substance grise par troubles de nutrition en rapport avec un défaut d'irrigation sanguine cérébrale.

L. M.

Les lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le « delirium tremens » des alcooliques, par L. MARCHAND. *Soc. anat.*, 1er décembre 1932, *ann. d'anat. path.*, décembre 1932, p. 1026.

Le « délirium trémens » est conditionné par une encéphalite diffuse, à la fois inflammatoire et dégénérative, sans aucune tendance à la démyélinisation. Les lésions aiguës viennent se surajouter à celles causées par l'intoxication alcoolique chronique. Les lésions du foie consistent en une hépatite scléro-graisseuse. Il est intéressant de noter cette cirrhose latente chez des alcooliques qui, jusqu'au début de leur accès de « délirium trémens » ont pu travailler sans être atteints d'ictère, d'ascite, sans présenter des signes d'insuffisance hépatique. L'état des reins consiste en une légère sclérose diffuse intertubulaire et périglomérulaire, sans lésions notables des épithéliums. La rate ne présente pas de grosses altérations.

L. M.

Ossification et calcification très étendues de la dure-mère cranienne, par R. BONNARD et M. PERROT. Soc. anat., 7 avril 1932, *Ann. d'anato. path.*, 1932 p. 442.

La calcification avec ossification vraie intéresse la moitié droite de la dure-mère, la faux du cerveau, la tente du cervelet. L'ossification arrive à la production d'un os de structure normale avec formation de tissu médul-

laire. Sur les bords de la calotte ossifiée, on retrouve le stade de calcification simple.

L. MARCHAND.

Contribution à l'étude des tumeurs associées du système nerveux, par G. MARINESCO et M. GOLDSTEIN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. med. chir.*, mai 1932, p. 457.

Les auteurs donnent l'histoire et l'examen macro et microscopique de deux cas de tumeurs du système nerveux central, intéressants surtout au point de vue de leur localisation et de la diversité de structure microscopique qu'offrent différentes tumeurs chez le même malade.

L. MARCHAND.

Goitre exophtalmique et tuberculose thyroïdienne, par H. WELTI et R. HUGUENIN. *Soc. anat.* 3 nov. 1932, *Ann. d'anat. path.*, nov. 1932 p. 928.

Deux observations, dans lesquelles les circonstances d'apparition et les aspects morphologiques des goitres se présentent comme deux faits diamétralement opposés. Dans les deux cas, les malades présentaient un syndrome de Basedow, sans goitre antérieur. L'une de ces malades ne présentait aucun signe de tuberculose, et cependant son corps thyroïde est criblé de tubercules. L'autre est atteinte d'une tuberculose pulmonaire certaine, mais son goitre ne décèle aucune lésion histologiquement spécifique, il s'agit d'un simple infiltrat inflammatoire.

L. MARCHAND.

Goitre exophtalmique et tuberculose folliculaire, par A. BAUMGARTNER et J. WEILL. *Soc. anat.* 3 nov. 1932, *Ann. d'anat. path.*, novembre 1932, p. 933.

Malade de 38 ans, n'ayant d'autres stigmates de bacillose que des écrouelles, suppurées à l'âge de 6 ans, est atteinte de goitre exophtalmique. Thyroïdectomie. Le lobe thyroïde extirpé est infiltré de follicules tuberculeux. Les auteurs font remarquer qu'aucun argument ne permet d'affirmer qu'une strumite tuberculeuse puisse développer une maladie de Basedow ou qu'il s'agisse de greffes tuberculeuses sur un goitre basedowien.

L. MARCHAND.

Modifications du cerveau dans l'endocardite maligne, par I. B. DIAMOND. *Archives of Neurology and Psychiatry*, mai 1932.

Les complications cérébrales des atteintes toxi-infectieuses de l'endocarde ne sont pas rares. Les méningo-encéphalites caractérisées par la périvascularite, la dégénérescence cellulaire et la prolifération gliale sont souvent associées à des lésions circonscrites nodulaires de la substance blanche, du Pont, des noyaux gris centraux. L'auteur décrit des amas cellulaires névrogliques, mésodermiques, des infiltrations lymphocytiques, des nodules à cellules géantes, des abcès miliaires. Dans les formes anciennes, les lésions dégénératives font suite aux réactions de défense et l'on trouve des foyers nécrosés ou granuleux consécutifs aux thromboses et aux embolies.

P. CARRETTE.

Chorée chronique progressive ; pathogénie et mécanisme ; étude histopathologique, par Charles Davison, S. Philip Goodhart et Herman Shlionsky. *Archives of Neurology and Psychiatry*, avril 1932.

A mesure que se développe l'étude de syndromes neurologiques d'un mécanisme complexe, comme l'est celui de la chorée, les conceptions anatomo-physiologiques perdent leur allure systématique. Les auteurs ont vu des cas typiques dans lesquels les lésions du néostriatum ne pouvaient être mises en évidence par nos moyens actuels d'investigation histologique. Dans la majorité des cas, on tend à considérer que la choréo-athétose n'est pas le résultat d'une lésion bien localisée du cerveau, mais plutôt l'expression d'un dérèglement des systèmes d'association cérébello-mésencéphalo-thalamo-corticaux.

P. Carrette.

Les altérations microstructurales traumatiques du système nerveux considérées à la lumière de l'expérience de la guerre (Die mikrostrukturellen traumatischen Veränderungen des Nervensystems im Lichte der Kriegserfahrungen), par A. von Sarbó (de Budapest). *Archives suisses de Neurologie et de psychiatrie,* Vol. XXIX, fasc. 1er.

Les troubles nerveux d'origine commotionnelle ont un substratum anatomique certain, consistant en altération de la fine structure cellulaire, contusions tissulaires, lymphorragies et petites hémorragies. La nature exacte des lésions est encore à préciser, mais leur existence est démontrée par l'histopathologie et par des méthodes expérimentales. Ces troubles ont été confondus à tort avec les névroses traumatiques ; on a commis d'ailleurs, pendant la guerre, de véritables abus avec les termes de « névrose » et d' « hystérie ». Des considérations analogues s'imposent en ce qui concerne certains troubles dûs à l'action du froid et de l'humidité sur les nerfs périphériques.

E. Bauer.

Contribution à l'étude des localisations motrices dans le noyau du facial, (Beitrag zum Studium der motorischen Lokalisationen im Fazialiskern), par Tatiana Cahane et A. Henrich. *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatre*, Vol. XXIX, fasc. 1, 1932.

Une épileptique, âgée de 17 ans, est atteinte de brûlures graves de la face, au cours d'une crise convulsive. Elle meurt, 3 ans après, d'une affection intercurrente. L'examen de la musculature de la face, pratiqué à l'autopsie, montre que la brûlure avait détruit complètement : le frontal, l'orbiculaire des paupières, le sourcilier, les muscles du nez ; l'orbiculaire des lèvres est détruit dans sa partie inférieure. Le noyau du facial présente les lésions dégénératives suivantes : 1) toutes les cellules du groupe dorsal interne ; c'est l'origine des fibres du facial supérieur, dont les muscles tributaires sont complètement détruits ; 2) la presque totalité des cellules du groupe dorsal externe et une partie du groupe intermédiaire (muscles du nez) ; quelques cellules intactes du groupe dorsal externe correspondent selon les auteurs à l'innervation du muscle zygomatique. 3) Le groupe ventral interne montre des lésions dues à l'atteinte des muscles auriculaires ; 4) enfin celles du groupe ventral externe correspondent à la destruction partielle de l'orbi-

culaire des lèvres. Cette étude confirme les travaux de Parhon et de Hudovernig sur la systématisation du noyau du facial.

E. Bauer.

Recherches sur l'anatomie du cervelet à propos d'un cas de démence progressive et d'ataxie chez un enfant. (Anatomische Untersuchungen über das Kleinhirn an Hand eines Falles progressiver Demenz und Ataxie bei einem Kinde), par A. Biemond (d'Amsterdam). *Acta psychiatrica et neurologica*, Vol. VII, fasc. 3, 1932, Copenhague.

Un enfant, du sexe féminin, normal jusqu'à l'âge de 3 ans, est atteint de troubles cérébraux avec évolution démentielle, crises épileptiformes, ataxie, et meurt à l'âge de 6 ans. L'enquête familiale avait démontré l'existence de lourdes tares héréditaires. A l'examen histopathologique l'auteur a constaté des lésions dégénératives de l'écorce cérébrale comparables à celles de l'idiotie amaurotique, et des altérations du cervelet (écorce et noyau dentelé) qui doivent être interprétées comme troubles du développement. Les lésions cérébelleuses sont nettement systématisées : disparition des cellules de Purkinje dans certains territoires appartenant au paléocervelet, disparition des grains dans d'autres qui font partie du néocervelet, lésions dégénératives de la partie dorsale interne (paléocérébelleuse) du noyau dentelé. L'étude a permis en outre de démontrer que les stries de Piccolomini proviennent du noyau arciforme opposé.

E. Bauer.

Classification histologique des gliomes de la moelle épinière et du filum terminale, par I. W. Kernohan (de Rochester) et F. Ody (de Genève). *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXIX, fasc. 1er, 1932.

L'étude est basée sur 77 cas, dont 50 gliomes de la moelle, 24 du filum terminale, 3 des espaces sous-arachnoïdiens. Les tumeurs de la névroglie ont les mêmes caractères histologiques au niveau du cerveau, de la moelle et du filum terminale. Mais alors que l'épendymome est une des variétés les plus rares des gliomes du cerveau, c'est la plus fréquente au niveau de la moelle et du filum terminale (41 cas). De même, on observe des différences en ce qui concerne la durée d'évolution, différente suivant la nature histologique de la tumeur, dans le cerveau, sensiblement égale, quelle que soit la nature de la tumeur, dans les gliomes médullaires.

E. Bauer.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un cas de paralysie générale traité par la tryparsamide, par le Dr Léon Gerbaux (in *Archives de l'Institut prophylactique,* 4e trimestre, 1932, pages 389, Paris, Masson et Cie, édit.).

A propos d'un cas de paralysie générale amélioré par la tryparsamide, M. L. Gerbaux insiste sur ce fait que la tryparsamide, mise en application en raison de la gravité de l'état mental, malgré l'atrophie blanche constatée, amena une amélioration notable des symptômes oculaires. Il se demande « si l'amaurose survenue dans certains cas chez des malades traités par la tryparsamide à doses non excessives est due entièrement, partiellement, ou

pas du tout au médicament », et rappelle le cas récent publié par M. Guyomar'ch (*Marseille-Médical*, 25 juin 1932, p. 822) de méningite trypanosomique avec amaurose guérie par la tryparsamide.

A noter que la malade de l'observation publiée par M. Gerbaux avait, six mois avant le traitement par la tryparsamide, été traitée par la malaria.

R. C.

Un nouveau traitement du syndrome solaire : l'association génésérine-diathermie transabdominale, par Paulian et Bistricanu (de Bucarest). *L'Information Médicale*, 1 juin 1932.

Le syndrome auquel s'adresse le traitement de Paulian et Bistricanu possède les caractéristiques cliniques suivantes : battements épigastriques, palpitations, troubles vaso-moteurs, dyspepsie. On obtiendrait une amélioration rapide et durable en administrant la génésérine à la dose de 1 milligramme 1/2 par jour, pendant la durée d'une cure de d'arsonvalisation diathermique, à raison de 1 séance quotidienne de 1/2 heure au moins, avec un courant de haute fréquence débité à l'intensité de 1000 à 2000 milliampères, relié à 2 électrodes appliquées l'une sur la région dorso-lombaire (20 × 20 cms), l'autre (active, 15 × 20 cms), sur la région épigastrique.

P. Carrette.

Antohémothérapie, traitement efficace de l'alcoolisme invétéré, par Julio Lopez-Lomba. *Les Nouvelles Thérapeutiques*, 20 juin 1932.

L'auteur a pratiqué, trois fois par semaine, une injection sous-cutanée de 10 à 12 cm. de sang du sujet. Il note dès la première intervention une sensation de soif intense, et, ensuite, en général après la 3e injection, un dégoût marqué pour l'alcool, et en particulier pour la variété d'alcool utilisée de préférence. Il attribue ce symptôme à un choc de sensibilisation. La stabilisation des résultats exigeait 10 à 15 injections et parfois une reprise du traitement 3 ou 4 semaines plus tard.

P. Carrette.

Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne, par H. Vulliet. *La Presse Médicale*, 29 juin 1932.

A la clinique chirurgicale de Lausanne, le professeur Vulliet a observé 15 cas de morts par méningite pour 200 fracturés du crâne. Il n'y a pas de traitement de la méningite déclarée, mais il serait possible d'agir préventivement en complétant l'injection habituelle de sérum antitétanique par la sérothérapie antistreptococcique et antipneumococcique, le streptocoque et le pneumocoque étant les agents presque constants des complications méningées chez les blessés crâniens.

P. Carrette.

Le Bore dans la maladie de Basedow, par M. Loeper, P. Soulié et E. Bioy. *La Presse Médicale*, 29 juin 1932.

Les auteurs ont obtenu, grâce à l'utilisation du bore dans l'hyperthyroïdie, une amélioration de l'équilibre protéique et un abaissement du taux du métabolisme basal. Les signes subjectifs, la tachycardie, le tremblement,

l'hypertrophie thyroïdienne et, à la longue, l'exophtalmie ont pu être améliorés. Ils emploient le bore sous forme de borate de soude en solution glycérinée ou associé au citrate de soude, à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

P. CARRETTE.

Comment agiraient les fluorures dans le goitre exophtalmique et dans l'hyperthyroïdisme. Technique actuelle du traitement fluorique, par Leon GOLDEMBERG. *La Semana Médica.* 2 juin 1932.

L'hyperthyroïdisme serait une manifestation toxique due à l'excès de thyroxine, d'hormones et de ferments. La thyroïdie contribue à la régulation des graisses dans l'organisme et à celle des combustions. Les lipases et les oxydases seraient neutralisées par les fluorures. Réalisées expérimentalement, ces réactions chimiques se produisent *in vivo,* comme le prouverait l'action favorable des injections intraveineuses de 2 à 6 cm³ d'une solution de fluorure de sodium à 2,5 0/0. Cette thérapeutique doit être prolongée pendant 6, 8 et même 12 mois.

P. CARRETTE.

Les résultats de la thyroïdectomie pour maladie de Basedow, par H. WELTI. *La Presse Médicale,* 13 juillet 1932.

L'intervention chirurgicale chez les basedowiens est devenue une thérapeutique de choix, à condition d'être pratiquée dans des circonstances favorables, dont la connaissance est aussi importante que la technique opératoire. Welti rappelle que la préparation du malade demande l'application des ressources médicamenteuses courantes : sédatifs, toni-cardiaques et l'intervention fréquente du chrirurgien, qui entretiendra l'atmosphère morale indispensable pour créer un état émotif favorable. L'étendue de l'ablation glandulaire doit être soigneusement calculée. Un grand nombre de complications proviennent d'erreurs ou de négligences dans les ligatures artérielles. Bien conduite, l'intervention donne en général les meilleurs résultats chez les basedowiens traités précocement et préservés de séances prolongées de radiothérapie.

P. CARRETTE.

Les tumeurs hypophysaires et leur radiothérapie, par I. FIGUERAS BASSOLS. *Revista Medica de Barcelona,* mai 1932.

La radiothérapie, par la voie transtemporale de préférence, à radiations pénétrantes, fortement filtrées, peut rendre des services dans certains cas de tumeurs hypophysaires. Elle peut en provoquer la régression ou l'arrêt. Les différents syndromes pituitaires seront donc variablement influencés. Ceux qui dépendent de la glande elle-même seront peu modifiés : c'est le cas de l'acromégalie, du syndrome adiposo-génital et il y a peu à espérer en présence d'un cas de cachexie hypophysaire. Par contre, les désordres dus à la compression (diabète, troubles oculaires) seront parfois rapidement améliorés.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mai 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mai 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juin 1933*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 juin 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12 rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr CORCKET, médecin-chef de l'Asile du Bon-Sauveur à Caen ;

M. le Dr GASSIOT, médecin-chef à la Maison départementale de santé de la Seine-Inférieure ;

M. le Dr QUERCY, médecin-chef à l'Asile public de Rennes ;

M. le Dr SANTENOISE (Daniel), inspecteur général adjoint des Services administratifs, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ;

M. PETITJEAN, directeur de l'Asile d'aliénés du Mans.

Nominations

M. le Dr Pierson, Médecin-Chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), est mis, sur sa demande, à la disposition de M. le Résident général de France au Maroc, à dater du 16 avril 1933.

L'arrêté mettant M. le Dr E. Bauer, Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), à la disposition du Gouverneur général de l'Algérie, est rapporté. En conséquence, M. le Dr E. Bauer est maintenu dans ses fonctions à l'asile de Naugeat.

Vacance de poste

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord).

Concours pour 13 postes de Médecin des Asiles publics d'Aliénés.

Ce concours s'est ouvert le lundi 13 mars 1933. Le jury était composé ainsi : *Président :* M. le professeur Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs. *Membres titulaires :* M. le professeur H. Claude, M. le Dr J. Baruk, Mlle le Dr Bouderlique, MM. les Drs Spitz, Piquemal, Privat de Fortunié, M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance. *Membres suppléants :* M. le Dr Salomon, Mlle le Dr Pascal, M. Tavernier, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, assurait les fonctions de secrétaire administratif du concours.

Questions posées au concours

1° Administration : Administration des biens des aliénés.

Restées dans l'urne : Commission de surveillance. — Des divers établissements consacrés au traitement des aliénés.

2° Anatomie et physiologie : Troisième ventricule.

Restées dans l'urne : Voies motrices. — Méninges et liquide céphalo-rachidien.

3° Pathologie mentale : Diagnostic et pronostic des états oniriques.

Restées dans l'urne : Le suicide au point de vue clinique et médico-légal. — Les délires de jalousie.

4° Pathologie interne et hygiène hospitalière : Formes cliniques du cancer du foie.

Restées dans l'urne : Pleurésie interlobaire. — Diagnostic et traitement des dysenteries.

A la suite de ces épreuves et des épreuves cliniques ont été reçus :

1. M. le Dr Louis Corman ; 2. M. le Dr Rondepierre ; 3. M. le Dr Geney ; 4. M. le Dr Massot ; 5. Mme le Dr Collet ; 6. Mme le Dr Masson et Mlle le Dr Martrille ; 8. M. le Dr Paul Mondain ; 9. M. le Dr Nacht ; 10. M. le Dr Schœnnagel ; 11. M. le Dr Papon ; 12. M. le Dr Trillot ; 13. M. le Dr Pouffary.

Concours pour 2 postes de médecin-chef des Asiles de la Seine.

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le *lundi 29 mai 1933*, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du *lundi 24 avril au samedi 6 mai 1933 inclus* (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixée pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926 et par le décret du 28 avril 1931, inséré au *Journal Officiel* du 12 mai 1931.

Association Mutuelle des Médecins Aliénistes de France.

L'Assemblée Générale de l'Association Mutuelle des Médecins Aliénistes de France aura lieu le lundi 22 mai 1933, à *15 heures* très précises, à la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1° Compte rendu du Secrétaire. — 2° Compte rendu du Trésorier. — 3° Renouvellement des pouvoirs des Membres du Comité. — 4° Questions diverses.

Les aliénés étrangers dans les asiles.

Une communication sur « l'immigration et les fous » a été faite, le 19 novembre 1932, à l'Académie des sciences morales et politiques, par M. le Dr René Martial.

L'auteur note le fait que les documents officiels concernant la population des asiles ne font aucune distinction entre les catégories d'étrangers qu'ils soignent, et que l'on ne saurait discerner, dans les statistiques, s'il s'agit d'étrangers quelconques ou de travailleurs venus s'installer en France pour y gagner leur vie (immigrants). La distinction n'est pas nette, même pour les quatre pays : Belgique, Italie, Luxembourg, Pologne, bénéficiant d'une

convention d'assistance avec la France. M. le Dr Martial a dû borner ses recherches au seul département de la Seine.

Des données qu'il expose à l'Académie, il résulte qu'il y avait, en 1926, 560 étrangers hospitalisés dans les asiles de la Seine, sur 14.257 aliénés au total, soit 3,9 p. 100.

Ces aliénés étrangers, dit-il, excepté ceux appartenant aux quatre nations ayant une convention d'assistance, tombent à la charge du département, non sans avoir déterminé auparavant une série de complications, d'incidents ou de crimes variés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er avril 1933, à M. le Dr Perrens, agrégé de psychiatrie, médecin-chef à l'Asile d'aliénés de Château-Picon.

XIIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (30-31 mai 1933)

La XIIIe Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris les *mardi 30 et mercredi 31 mai 1933*, à la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin, de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

Les questions suivantes sont mises à l'étude :

1° *Les méningites séreuses cérébrales et spinales.* Rapporteurs : MM. les Professeurs Claude (de Paris), Boschi (de Ferrare), Barré (de Strasbourg) ; et pour la partie chirurgicale : M. Petit-Dutaillis (de Paris).

2° *Exploration des cavités cérébrales par les injections d'air.* Rapporteur : M. Clovis Vincent, avec la collaboration, pour la ventriculographie : de MM. David et Puech ; pour l'encéphalographie par voie lombaire, de : M. Bebdet et de Mlle Rappoport.

Règlement des Réunions neurologiques internationales annuelles.

La Société de Neurologie de Paris, dans le but de faciliter les échanges de vues sur les questions neurologiques d'actualité, a institué, chaque année, une Réunion Neurologique, à laquelle participent, outre ses membres nationaux et étrangers, des personnalités scientifiques directement invitées par la Société.

Ces Réunions Neurologiques ont lieu à Paris. Elles comportent deux jours de travaux avec deux séances par jour.

Les questions, présentant un intérêt à la fois scientifique et pratique, sont mises en discussion, à la suite d'un exposé fait par des Rapporteurs désignés à l'avance par la Société.

Le programme de la discussion est adressé à ceux qui annoncent leur participation à la Réunion.

Les communications portent uniquement sur les questions posées. La durée de chaque communication ne peut dépasser dix minutes. Il est accordé, pour chaque communication, au plus quatre pages d'impression, et une page pour chaque discussion.

Ne sont publiés dans les Comptes rendus de la réunion que les communications ou discussions dont le texte est remis au cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques, ainsi que des présentations de malades peuvent être faites, après entente préalable avec le Secrétaire général.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au Secrétaire général : Dr Crouzon, *70 bis, Avenue d'Iéna, Paris, 16e.*

Des démarches sont faites auprès des Réseaux de chemins de fer français pour obtenir une réduction de tarif de 50 pour 100. Si ces démarches réussissent, les adhérents recevront une circulaire leur demandant les renseignements à fournir aux Compagnies de chemins de fer.

Société de Neurologie de Paris.

La *Société de Neurologie de Paris* tiendra sa séance mensuelle le *jeudi 1er juin,* au siège de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé).* — 46.314

Tome I. — N° 5 Mai 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

LE SYMPATHIQUE EN ANDROLOGIE

PAR

LAIGNEL-LAVASTINE

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui du sympathique en andrologie (1).

L'*andrologie* est une partie de la *sexologie*. L'autre partie étant la cypridologie, selon le terme très juste de M. Queyrat, qui doit être substitué à celui de vénéréologie, que l'on emploie couramment et qui est mauvais, puisqu'il est formé d'un terme d'origine latine et d'un terme d'origine grecque.

Il y a lieu d'étudier l'anatomo-physio-pathologie clinique andrologique, au point de vue de l'anatomo-physiologie et au point de vue des modalités cliniques. C'est ce que je ferai successivement.

Au point de vue de l'*anatomo-physiologie,* le substratum de l'andrologie est un *système endocrino-neuro-sexuel.* Il a été schématisé d'une façon assez heureuse par M. Stanilas Higier, dans son récent volume sur « les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles », paru chez Doin, au début de l'année, et que j'ai présenté au public dans une préface.

(1) Conférence pratique de Sympathologie clinique, faite à l'hôpital de la Pitié, le 18 avril 1932.

Je dis à la page 2 :

« Le système spécial neuro-endocrinien sexuel existe comme entité, non seulement dans le sens d'une coopération physiologique à certains moments de la vie, mais comme un mécanisme stable ; des troubles, survenant dans une partie de cet ensemble, entraînent d'habitude le déséquilibre dans tout le système. On voit, par exemple, que l'atteinte des voies cérébrales extra-pyramidales (fronto-thalamiques entre autres), provoque des troubles, non seulement dans les processus ayant lieu dans ces parties, mais aussi dans le domaine des réflexes sexuels métamériques ; les affections des glandes endocrines conduisent non seulement à un dysfonctionnement humoral complexe, mais aussi à des changements dans le tonus du système végétatif et des centres sexuels propres, comme ceux de l'érection et de l'éjaculation dans la moelle. Une lésion et une destruction des voies sexuelles centripètes entraînent comme résultat final l'atténuation de l'instinct sexuel et le système neuro-endocrino-sexuel constitue le substratum anatomique des fonctions génitales, qui sont soumises à tous les changements primaires et secondaires qui surviennent dans ce système. D'autre part, en se rappelant que toute anomalie, survenant au cours de l'acte sexuel, laisse son empreinte psychique et, grâce à des mécanismes psychopathogènes, peut devenir le point de départ de troubles établis de la fonction sexuelle, il est aisé de comprendre que l'acte sexuel forme une entité au point de vue pathogénique. Cependant l'abondance des syndromes pathologiques, qui peuvent se manifester dans les troubles de la fonction sexuelle, est très grande et ce n'est qu'une connaissance bien exacte de la physiologie et de la psychologie, en même temps que de la pathologie et de la psychopathologie de la sexualité, qui permettra d'isoler de vraies unités nosologiques. »

Vous voyez comment on peut envisager le substratum anatomo-physiologique de l'andrologie.

D'autre part nous avons parlé d'un système endocrino-neuro-sexuel. Il s'agit de distinguer, au point de vue des qualificatifs, ce qui est *sexuel,* ce qui est *génital* et ce qui est *érotique.*

Le système élémentaire réflexe purement biologique est le *système génital,* c'est-à-dire l'organisation anatomo-physiologique servant à la reproduction. Mais dans l'espèce humaine, étant donné que la reproduction humaine est sexuée, il faut voir ce qu'il y a de spécial à la sexualité, relativement à l'instinct de reproduction.

Un des mérites de Freud fut de montrer que l'instinct sexuel est antérieur au fonctionnement génital, et que les deux fonctions ne coïncident pas exactement, la fonction sexuelle et l'ère

sexuelle débordant de beaucoup l'ère génitale. Nous verrons que, dans le développement des individus, il est des périodes où existe une activité génitale sans pour ainsi dire émoi sexuel, mais qu'infiniment plus souvent la sexualité de beaucoup déborde la génitalité. Reste le troisième terme, le terme *érotique.*

L'adjectif érotique, de Eros, Dieu de l'amour, est l'épithète qui englobe les manifestations voluptueuses. Par conséquent, vous concevez que des caractères érotiques, généralement liés au fonctionnement génital, peuvent s'étendre au département sexuel ; mais il est des décalages du fait de chocs émotifs, décalages tels qu'il y a des manifestations érotiques, qui peuvent très bien ne pas être génitales, tout en étant sexuelles, et il peut même y avoir des *manifestations érotiques qui ne soient ni génitales, ni sexuelles.*

Vous voyez la série des modifications que l'on peut voir au cours de l'*andro-pathologie.* Néanmoins, comme il faut d'abord saisir un fil d'Ariane, en prenant l'essence même de l'andrologie, nous voyons que la *fonction génitale sexuelle humaine* est formée par un arc qui va de la glande à l'organe caractéristique, au point de vue de la fonction même, et on peut dire que c'est une étude qui va de la gonade au pénis.

Il faut donc étudier d'abord l'évolution glandulaire et ensuite voir le rôle du sympathique dans le système nerveux régulateur de manière à arriver ensuite à la physiologie de l'acte essentiel, c'est-à-dire à la physiologie de l'érection.

Voyons d'abord l'*évolution glandulaire.*

L'évolution glandulaire, qui est dominée par le fonctionnement testiculaire, est sous la dépendance de tout un concert endocrinien. Et ce concert endocrinien, qui évolue au cours des âges, est en partie dominé par le fonctionnement hypophysaire. Ce fut le mérite de *J. Babinski,* d'une part, et de *Frölich* d'autre part, de montrer que l'insuffisance hypophysaire empêche le développement secondaire testiculaire, et que l'on a affaire à un syndrome particulier, le *syndrome adiposo-génital,* dans lequel il y a incontestablement un élément hypophysaire, que le trouble hypophysaire glandulaire soit déterminé par une altération même de l'hypophyse, ou de son centre régulateur, c'est-à-dire du centre tubérien.

Voilà déjà bien longtemps que dans ma thèse, sous une forme peut-être un peu pédante, je disais que ce qui importe, ce n'est pas tant la lésion de la glande que sa perturbation fonctionnelle, et que par conséquent on peut avoir un syndrome qui exprime le déficit du fonctionnement glandulaire, soit par altération directe,

soit par altération du mécanisme nerveux régulateur, et « qu'à la contingence lésionnelle s'oppose la nécessité fonctionnelle » (1).

Autrement dit, on peut avoir le même syndrome d'insuffisance endocrinienne, qu'il y ait une altération évidente macroscopique ou microscopique de la glande, ou une altération de son système nerveux régulateur.

On sait aujourd'hui que le centre régulateur de l'hypophyse est au niveau de la région tubérienne ; d'autre part l'hypophyse a des sécrétions spéciales ; par conséquent, on peut très bien concevoir qu'on ait le même syndrome, le syndrome de Babinski-Frölich, ou certains syndromes de modification urinaire par une altération directe de l'hypophyse, ou par une altération de la région tubérienne.

Voilà la démonstration du rôle de l'évolution glandulaire dans les apparitions des manifestations génitales et sexuelles. Et nous arrivons à l'étude du grand moment, la puberté, éveil des fonctions sexuelles. Il existe des modalités de la puberté. Vous savez qu'il n'y a pas une puberté, mais des pubertés. Ces pubertés se manifestent par des modifications locales des organes sexuels, capitaux, et d'autre part par l'apparition des manifestations sexuelles secondaires. Alors succède à une indifférenciation sexuelle, qui caractérise l'enfance, une polarisation, s'inclinant ou du côté féminin, ou du côté masculin.

Mais les études de ces dernières années, et particulièrement les recherches expérimentales du regretté *Pézard,* montrent que c'est essentiellement une polarisation, et que cette polarisation n'est pas absolue, et qu'il y a souvent la persistance d'un reliquat de caractères sexuels du sexe opposé. Autrement dit, qu'il y a un véritable *intersexualisme,* un intersexualisme originel, dont il persiste toujours quelque chose.

Et, dans la page 3 de ma préface, j'insiste justement sur cet intersexualisme :

« J'ai beaucoup goûté les pages relatives à l'intersexualisme. Quand, en 1921 et 1922, j'ai remplacé le Professeur Dupré dans la chaire des maladies mentales de la Faculté de Paris, j'avais développé la conception d'une polarisation sexuelle relative et très différente selon les individus, depuis ceux qui sont complètement polarisés, homme complètement homme, femme complètement femme, jusqu'aux androgynes et aux gynandres et enfin aux hermaphrodites vrais. Depuis lors ma pratique journalière m'a montré la fréquence de ces polarisations sexuelles relatives. Un moyen simple de les classer est

(1) Laignel-Lavastine. — Recherches sur le plexus solaire. *Thèse* 1903.

de noter les éléments masculins et féminins, morphologiques, physiologiques, psychiques et sociaux, qu'on relève chez chaque individu. On voit immédiatement que les deux types les plus répandus sont en marge du type masculin total et féminin total. C'est la confirmation de cette loi générale, en biologie, que les êtres, qu'on observe, sont toujours asymptotiques à l'idéal qu'on s'en fait. »

Eh bien, cette idée que j'avais exprimée déjà dès 1921, a fait son chemin, et M. *Marañon,* dont vous connaissez les travaux très intéressants, y est revenu en la développant beaucoup dans son dernier volume : « Estudion des Physio-pathologia sexual », qu'il m'a fait le plaisir de m'adresser et qui a été publié l'année dernière à Barcelone, chez Manuel Marin, Provinza 273, en 1931.

Une démonstration expérimentale de cet intersexualisme et de cette polarisation qui peut d'ailleurs se modifier, ce sont les expériences de Pézard, qui, en enlevant des parties plus ou moins considérables de testicule ou d'ovaire à des animaux et d'autre part en leur injectant des extraits de la gonade opposée, est arrivé à faire apparaître ainsi des caractères de masculinisation chez des femelles d'oiseaux, et d'autre part des caractères de féminisation chez les mâles des mêmes oiseaux. Par conséquent, il existe un hermaphrodisme glandulaire avec des variétés de polarisation, et ceci est important au point de vue de l'interprétation de certains homosexuels.

Après l'apparition de la puberté, qui se fait par modalités variables et successives, c'est toute la période d'activité sexuelle, génitale, et ensuite la période de ménopause ; car il y a une véritable ménopause masculine, qui a été étudiée autrefois par *Régis* et ses élèves, et qui se caractérise par bientôt l'apparition des signes de la sénilité. Car, comme je vous le disais l'autre jour, la *sénilité* s'oppose à la vieillesse, et est essentiellement un *syndrome endocrinien, à prédominance de déficit testiculaire.*

C'est pourquoi on tend à traiter la sénilité par une opothérapie testiculaire, soit par des extraits, soit par des sérums pris chez les animaux jeunes, soit même par des opérations. Et la preuve de l'insuffisance testiculaire dans la sénilité mâle, c'est qu'il y a déjà bien longtemps que *Rommo,* un auteur italien, a décrit sous le nom de « *gérodermie génito-dystrophique* » un syndrome cutané particulier, où la peau prend tous les caractères de la peau de vieillard, et que l'on observe chez les individus qui ont de l'insuffisance testiculaire.

D'ailleurs, dans toutes les génito-dystrophies, on voit un caractère de sénilité précoce. Les génito-dystrophies sont extrê-

mement fréquentes, étudiées par quantité d'auteurs, et dont l'un des meilleurs travaux a été le livre de mon excellent collègue et ami le professeur *de Souza,* de Rio-de-Janeiro, qui a paru en langue portugaise, il y a deux ans. Les génito-dystrophiques sont ou bien congénitaux, ou bien acquis. On sait par exemple que les oreillons, touchant les adultes, se localisent souvent au niveau des testicules et que, consécutivement, il peut y avoir apparition d'un syndrome génito-dystrophique avec souvent hypertrophie des glandes salivaires et des glandes mammaires, et quelquefois aussi des glandes lacrymales, déterminant par conséquent un syndrome polyglandulaire de *Mickulicz* consécutif à l'insuffisance testiculaire.

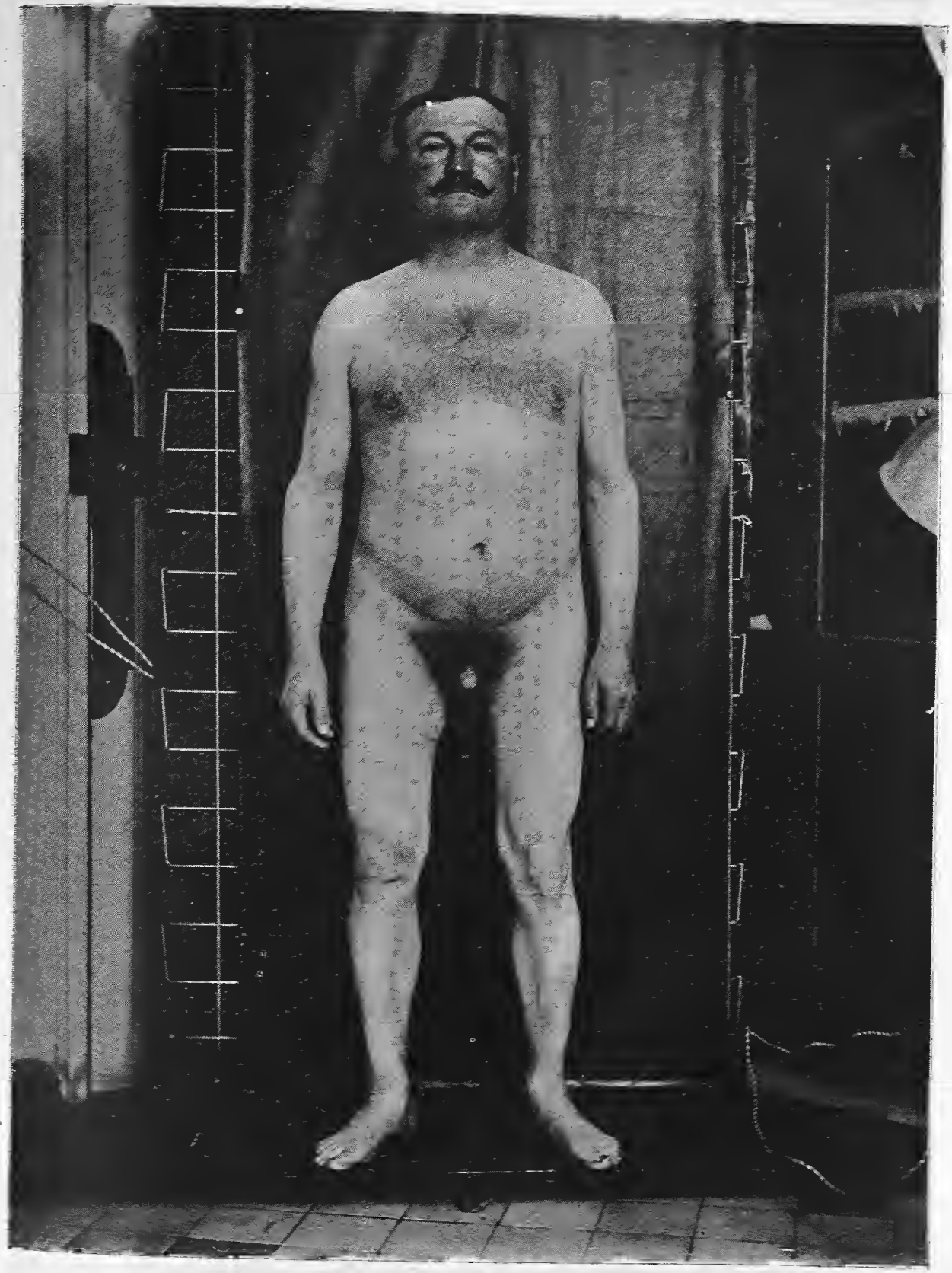
Voici un malade que nous avons eu ici, dans le Service, et qui, consécutivement aux oreillons, a eu de l'insuffisance génitale, et qui présente une augmentation très remarquable (photographie) de ses glandes salivaires.

Après cette évolution glandulaire, j'arrive à la place du sympathique dans l'anatomie nerveuse génitale mâle.

Ceci se ramène essentiellement à l'étude du *plexus hypogastrique.* J'ai fait dessiner ici, par un de mes collaborateurs, le plexus hypogastrique, qui est le cerveau, peut-on dire, de l'épitumia, c'est-à-dire des désirs de la partie inférieure du corps, pour reprendre la division tripartite d'*Aristote.*

Le cerveau de l'épitumia, c'est le plexus hypogastrique, avec les gros ganglions hypogastriques. Les gros ganglions hypogastriques et tout le plexus ont des origines de deux ordres différents : il fait, au point de vue de l'anatomie macroscopique, suite au plexus mésentérique inférieur, que vous trouvez à la partie antérieure de l'aorte ; puis il se continue avec une série de fibres qui suivent les artères et particulièrement l'artère iliaque interne, pour former les branches supérieures du plexus hypogastrique.

Mais alors, quand, au lieu de s'en rapporter seulement à l'anatomie macroscopique, qui permet par exemple d'isoler le nerf pré-sacré dont vous savez l'importance au sujet du traitement des névralgies pelviennes, on se place à un *point de vue anatomo-physiologique,* on voit que ce plexus hypogastrique est essentiellement formé par trois ordres de branches : il y a d'abord les branches qui viennent de la région lombaire, et qui viennent par les rameaux communicants, les rameaux communicants de la moelle lombaire, et que j'ai représentés d'une façon schématique ici, de la deuxième, troisième, quatrième et cinquième lombaires. Et c'est la *formation médullo-lombaire* du plexus hypogastrique.



A celle-ci s'oppose au contraire l'origine sacrée. L'origine sacrée aboutit au plexus hypograstrique par le *nerf érecteur sacré* et les nerfs pelviens, qui naissent des deuxième, troisième et quatrième segments sacrés, et qui viennent des deux noyaux *médullaires sacrés, central et latéral, de Jacobson.* Enfin, il y a une troisième source de fibres sympathiques, qui constitue le plexus hypogastrique. Ce sont de petits filets qui se détachent de la *chaîne sympathique sacrée.* La chaîne sympathique sacrée se continue latéralement à droite et à gauche de la moelle, et passe au-dessous de la moelle, tout à fait à la partie inférieure de la région sacrée, pour former l'*anse coccygienne.* De là se détachent des filets, qui vont directement au plexus hypogastrique. Par conséquent, au point de vue physiologique, le plexus hypogastrique est formé d'une part par des éléments de la *moelle lombaire,* par des éléments directs de la *moelle sacrée,* par l'intermédiaire du nerf érecteur sacré qui est le système vagal pelvien, et en troisième lieu par de petits éléments qui se détachent de la *chaîne sacrée sympathique.* Une fois que vous avez saisi cette anatomie, nous allons pouvoir étudier la systématisation de cette anatomie.

Au point de vue de la *systématisation,* ce plexus hypogastrique a une origine motrice, qui vient d'une part de la région lombaire depuis le troisième segment jusqu'au quatrième segment lombaire, et qui établit la communication avec le centre sympathique érecteur lombaire. D'autre part, le centre érecteur sacré est au niveau du 2e et du 3e segments sacrés.

Dans la région sacrée, il faut distinguer quatre variétés de centres, ou du moins trois variétés de centres : le *centre de l'érection,* qui est au niveau du deuxième et du troisième segments sacrés, le *centre du sphincter vésical* qui est au même niveau, le *centre du sphincter anal* qui est au niveau du cinquième segment. De telle sorte que dans les syndromes sacrés, dans les syndromes du cône terminal, vous pouvez voir simplement le syndrome caractérisé par la disparition de l'érection, et même quelquefois sans gâtisme, paralysie des sphincters ; dans ces cas là, c'est un *syndrome de l'épicône* et vous pouvez dire que la lésion est au niveau même du deuxième ou du troisième segment sacré.

On arrive donc à une très grande précision ; au contraire, le *centre de l'éjaculation* est plus élevé, c'est un *centre lombaire.* Il est au niveau du deuxième et du troisième segments lombaires.

Maintenant, il ne s'agit pas seulement d'étudier le côté moteur, mais il s'agit d'étudier le côté sensitif, puisque dans les manifestations élémentaires du fonctionnement génital, ce sont des réflexes à point de départ souvent sensitif.

Etudions les points de départ sensitifs.

Pour comprendre la disposition de la sensibilité des organes génitaux, il faut vous rappeler l'embryologie. Or, vous savez que le testicule et l'ovaire ont une origine extrêmement élevée et absolument différente de l'origine de la vessie et de l'utérus. Et en effet, la sensibilité du *testicule* dépend des neuvième et dixième segments dorsaux, tandis qu'au contraire la sensibilité du *corps de la vessie* dépend du onzième segment dorsal au premier segment lombaire, et la sensibilité du *col* du 1er au 3e segment sacré ; alors c'est seulement le col qui est véritablement sacré, car dans la vessie il y a deux parties distinctes : le col qui est d'origine sacrée, et au contraire le corps qui est d'origine lombaire. Eh bien, la sensibilité de la vessie pour ce qui est du corps dépend du onzième segment dorsal au premier segment lombaire, et au contraire la sensibilité du col, qui est une sensibilité sacrée, dépend du premier au troisième segments sacrés. Et à ce point de vue là, je dois faire remarquer que, dans mon travail sur les *syndromes sympathiques génitaux,* qui a paru dans le volume que nous avons offert au Professeur Flatau, de Varsovie, en 1929, il s'est glissé des fautes d'impression au point de vue de ces origines, de telle sorte que la page 5 (1) a besoin d'être modifiée ; en effet, on a écrit par exemple que pour le corps de la vessie, la sensibilité va du premier segment dorsal au troisième segment sacré. Evidemment, il faut lire du dixième segment dorsal au premier segment lombaire pour son corps et du premier segment sacré au troisième segment sacré pour son col. Par conséquent, vous voyez l'intérêt métamérique de l'étude de la sensibilité, de la motilité et des centres.

Ceci étant fait au point de vue de l'anatomie, passons à la physiologie.

Nous ne pouvons pas nous étendre sur toute la physiologie extrêmement complexe, et au point de vue moteur, et au point de vue sécrétoire, mais je ne dirai qu'un mot de la physiologie la plus importante chez l'homme : la *physiologie érectile.*

Elle est sous la dépendance de l'*hyperémie des corps caverneux.* Cette hyperémie est une hyperémie *active,* résultant de phénomènes *vasculaires* et de phénomènes *musculaires.* Les phénomènes vasculaires sont une vaso-dilatation active, d'une part sous la dépendance du *nerf honteux interne* d'origine lombaire, et d'autre part du *nerf érecteur sacré* d'origine sacrée. Il y

(1) Laignel-Lavastine. — Les syndromes sympathiques génitaux. Volume jubilaire du Dr Flatau. Varsovie, 1929.

a donc dans ce mécanisme deux variétés de vaso-dilatations, très différentes, et qu'il faut savoir distinguer en clinique. Vous avez une vaso-dilatation de caractères relativement moyens et passifs, telle qu'on l'observe dans certains traumatismes, et qui est une vaso-dilatation d'origine lombaire, et qui n'a pas du tout le caractère de vaso-dilatation active entraînant une rigidité parfaite que l'on a dans la vaso-dilatation active d'origine sacrée. Le nerf actif essentiel est donc le nerf érecteur sacré. Au point de vue *musculaire,* nous avons également à distinguer deux parties très importantes : la musculature *striée* et la musculature *lisse.* La musculature striée, sous la dépendance des nerfs honteux internes, est jusqu'à un certain point encore sous la dépendance de la volonté ; au contraire, la musculature lisse est essentiellement sous la dépendance de l'érecteur sacré, qui joue un rôle capital dans l'apparition complète et dans la persistance de la vaso-dilatation active déterminant l'hyperémie utile des corps caverneux.

Vous voyez que là il y a une intrication d'un élément relativement volontaire et d'une manifestation purement instinctive, sous la dépendance des fibres musculaires lisses, par conséquent sous la dépendance du système végétatif, et échappant à la volonté.

Secondairement à cet état, surviennent des manifestations rythmiques, aboutissant à la terminaison. Ces manifestations rythmiques sont essentiellement sous une dépendance automatique, échappant à la volonté.

Il est intéressant de voir que, dans cet ensemble, il y a une relative opposition entre l'élément érecteur sacré dépendant du système vagal, et d'autre part l'élément lombaire dépendant de l'ortho-sympathique. Il y a entre les deux à peu près les mêmes différences qu'au niveau de la musculature du tube digestif. Là aussi, nous retrouvons la loi de Courtade et Guyon, c'est-à-dire que le système vagal préside à l'augmentation de la tonicité avec un rythme nettement marqué, et qu'au contraire l'élément sympathique détermine la contraction des fibres dans le sens longitudinal, c'est-à-dire dans une contraction infiniment moins utile, au point de vue du but précis que nous envisageons.

Vous comprendrez maintenant, étant donnée cette physiologie, les différentes modalités érectiles, que vous pouvez observer, et il s'agit de les passer en revue, au point de vue de leur étiologie, et ensuite au point de vue de leurs modalités.

Voyons d'abord au point de vue de leur *étiologie.* La première, c'est le *réflexe à la stimulation locale.* Ce réflexe à la stimula-

tion locale existe même après la section de la moelle lombaire ; par conséquent, c'est un réflexe purement métamérique local. C'est, si on peut dire, un *réflexe génital pur, indépendamment de la sexualité et de l'érotisme.*

Mais il n'existe plus, par contre, après section de la partie inférieure de la moelle sacrée, parce que dans ce cas là nous avons justement détruit les centres érecteurs sacrés, avec fibres vaso-motrices des nerfs érecteurs. Nous avons supprimé ici le centre vagal pelvien; par conséquent le centre étant détruit, cette variété érectile élémentaire disparaît par là même. C'est ce que l'on observe, justement, dans le syndrome dont je vous parlais tout à l'heure, ou dans le syndrome de la queue de cheval, ou dans les syndromes du cône terminal.

Et puis alors, à l'autre extrémité, nous avons la *modalité érectile psycho-genétique.* Modalité psycho-genétique qui, elle, est sous l'influence de l'excitation, alors du côté opposé du centre érecteur lombaire, avec des fibres vaso-motrices passant par le plexus hypogastrique. Cette variété psycho-genétique a pour voie les voies que j'ai marquées ici. Point de départ au niveau de l'encéphale, au niveau de l'écorce, passage dans les centres végétatifs supérieurs, au niveau de la région hypothalamique, passage par les voies extra-pyramidales supérieures, pour arriver aux centres régulateurs et aboutissant à l'érecteur lombaire et à l'érecteur sacré.

Par conséquent, vous voyez que dans ces cas-là, vous pouvez avoir des manifestations qui n'arrivent pas au même degré de dureté, et il y a là des modalités qui sont en marge de la pathologie et qui rentrent presque plus dans la psychologie que dans la physiologie. Et je passe maintenant à une troisième variété : à la modalité par réflexe lombaire.

Cette *modalité par réflexe lombaire,* qui en somme contient un caractère plus nerveux supérieur, si on veut, que la variété sacrée, est en rapport avec les *zones érotogènes,* et les zones érotogènes se localisent d'une façon de plus en plus précise, à mesure que l'individu dépasse la période d'indifférenciation du jeune enfant. Il est intéressant d'étudier chez les différents êtres ce degré de spécialisation des zones érotogènes, et par exemple la persistance du chatouillement plus ou moins diffus est généralement en rapport avec une persistance d'un certain degré d'infantilisme, au point de vue de la localisation des zones érotogènes. Le chatouilleux est souvent plus érotique que sexuel.

Enfin, quoi qu'il en soit, il est intéressant d'étudier ces zones et d'autre part de se rendre compte que très fréquemment l'élec-

tion qualitative n'est pas complète, et grâce à certains caractères d'indifférenciation persistante, apparaissent des manifestations assez bizarres, que je crois qu'on peut facilement expliquer par l'idée des réflexes conditionnels de Pavlow.

J'ai en effet eu cette idée là le premier, et je vois M. Higier qui accepte ma manière de voir.

Voici ce qu'il dit à la page 35 de son volume :

« Citons le cas d'un individu, qui avait accompli plusieurs fois l'acte sexuel dans une chambre éclairée par une lampe verte et qui éprouvait l'érection chaque fois qu'il se trouvait en présence d'une lumière semblable ; ce réflexe acquis, mais non soutenu par la suite, disparut peu à peu (Neschdanow). Dans des cas comme celui-ci, il n'est pas possible de parler de « zones », parce que l'agent causal n'est lié avec aucun territoire défini ou constant ; bien au contraire, comme nous le voyons, il est parfois complètement « extra-territorial ». Un fait correspondant peut se produire aussi dans le domaine des autres sens : de la vue, de l'ouïe et, au moins aussi fréquemment à ce qu'il paraît, de l'odorat.

« Il est évident que les voies de ce genre d'érection commencent également dans l'encéphale, mais il n'est pas indispensable que l'individu se rende compte du genre de stimulant et il est fort probable que les centres corticaux n'y sont pour rien. C'est Laignel-Lavastine qui, le premier, a révélé l'importance de cette sorte de phénomènes dans la vie sexuelle. »

Et, en effet, c'est en somme un cas simplement particulier des réflexes conditionnels de Pavlow. Cela se rapproche énormément de ce que l'on voit dans le réflexe classique du chien à qui on a fait une fistule gastrique pour étudier le suc gastrique, chien qui sécrète un suc de viande quand on lui montre un gros morceau de viande rouge, et qui après, quand on lui montre une lumière rouge un certain nombre de fois, finit par sécréter le même suc de viande, à la vue de la lumière rouge.

Par conséquent, c'est le type du réflexe conditionnel, c'est-à-dire la persistance du réflexe avec ses mêmes qualités, quoique l'agent déterminant le réflexe soit changé. Et ceci est très important, parce que c'est à la base de la grosse majorité des fétichismes, sinon de tous.

J'arrive maintenant à la quatrième modalité érectile, *organo-réflexe,* c'est-à-dire où le point de départ n'est pas extérieur ou par l'excitation d'une zone érotogène, mais est viscéral. Et dans le cas particulier, soit une excitation partant de l'urètre, on le voit par exemple chez des individus qui ont des rétrécissements

de l'urètre et de l'inflammation ou une gonococcie. C'est assez fréquent, au cours de la gonococcie, de voir apparaître ce *priapisme* réflexe. De même, les individus qui ont de l'hypertrophie de la prostate, et qui ont une rétention de la vessie avec distension, ont très fréquemment des réactions dans le sens de celles que nous étudions.

De même sous l'influence de vésicules séminales, ou trop remplies ou atteintes, par exemple, de tuberculose. Ou enfin du fait de l'altération des canaux déférents.

Ce sont là des formes de modalités érectiles organo-réflexes. Puis, nous passons à la modalité nocturne sans rêve, et qui est souvent en rapport avec la réplétion de la vessie. Et il faut savoir la distinguer de la variété, qui est liée à des rêves, et dans ce cas c'est le *réflexe psycho-génital.*

Puis la *forme matinale,* en rapport avec un double processus : d'une part, la *congestion pelvienne,* qui facilite la distension des corps caverneux, et d'autre part l'*excitabilité vagale du matin,* en rapport avec le rythme nycthéméral de l'équilibre vago-sympathique ; elle augmente, comme vous le savez, au cours de la première partie de la nuit, à cette heure où l'homme meurt, et qui est en effet le grand moment de l'hyperexcitabilité vagale.

J'arrive ensuite à la septième variété par plénitude des vésicules séminales ; mais c'est un cas relativement accessoire et qui, dans certaines régions, s'observe rarement.

Puis nous arrivons à la huitième variété, c'est-à-dire à la variété traumatique. La variété traumatique est très fréquente et on l'observe par exemple dans la section complète de la moelle. Il faut distinguer lorsque la section est au-dessus de la région lombaire : alors vous avez très fréquemment cette variété qui est par vaso-dilatation paralytique.

J'arrive maintenant à la neuvième variété, c'est-à-dire à la modalité élective déterminée par l'excitation de l'écorce, du mésencéphale ou du diencéphale, et qui a été étudiée expérimentalement d'une part par Bechterew et d'autre part par Poussep.

Il est évident que par excitation de ces régions on est arrivé à déterminer du priapisme.

J'arrive à un petit symptôme que l'on voit assez souvent chez les enfants au cours de la *méningite tuberculeuse :* c'est le *signe de l'érection,* qui se produit en produisant la flexion de la tête sur le cou et le corps. Sous cette influence, il y a fréquemment un mouvement palpatoire qui étonne chez ces petits malades ; et en même temps qu'il y a une érection nette et qui semble être

en rapport avec l'excitation des centres génitaux de la région hypothalamique et bulbaire, sous l'influence de l'hypertension liée à la méningite.

J'arrive maintenant à une des formes les plus connues décrite depuis longtemps par les littérateurs, et qui avait fait croire à une douceur toute particulière de la mort par *pendaison ;* et en effet, il y a fréquemment, dans ces cas-là, une manifestation telle que c'est surtout en rapport avec l'excitation des centres lombaires. En effet, il n'y a pas les caractères spéciaux de l'érection sacrée ; c'est simplement une érection lombaire, avec plénitude, mais sans durcissement particulier. Et il semble également que, dans ces cas-là, d'après ce que je vous ai dit l'autre jour, il y ait une participation du réflexe de Héring, qui agit sur la vaso-dilatation périphérique. Par conséquent, le *priapisme des pendus* n'est qu'une manifestation d'une vaso-dilatation passive, en rapport avec un certain degré de compression du cou, avec l'excitation du nerf de Héring, comme je vous l'ai dit l'autre jour.

J'arrive maintenant au *priapisme toxique,* et ceux qui sont remarquablement intéressants à étudier parce qu'ils vont nous permettre de jeter un coup d'œil sur toute la *pharmacodynamie sympathique.* Le priapisme toxique, qui doit être distingué en *exo-toxique* et en *endo-toxique,* est un simple cas particulier de la pharmacodynamie sympathique.

La pharmacodynamie sympathique est extrêmement compliquée. Néanmoins, j'y ai introduit un certain nombre de règles, qui permettent de servir de fil d'Ariane dans ce labyrinthe.

Ces règles sont au nombre de neuf. Je ne parle pas de lois, je parle de règles ; en gros, ces règles vont vous permettre de distinguer un peu les faits.

La première règle, c'est la *règle des doses.* Cette règle des doses est à observer dans *quatre cas* particuliers. Il y a d'abord ce que j'appelle la *règle homéopathique ;* la règle homéopathique, c'est-à-dire que pour chaque substance, pour chaque alcaloïde, ou pour chaque hormone, on a des résultats inverses, selon la dose.

Prenons, si vous voulez, le sulfate neutre d'atropine. Nous savons, en gros, qu'à dose optima, le sulfate neutre d'atropine paralyse le pneumogastrique. Par conséquent, chez un individu qui a le cœur ralenti, du fait de vagotonie constitutionnelle, il y a une accélération marquée qui se produit. Mais à doses extrêmement faibles, par exemple le 100^{e} de la dose optima, il se produit un effet inverse. C'est-à-dire une exagération de l'excitabilité vagale. C'est là d'ailleurs une constatation qu'ont faite

les homéopathes et sur laquelle ils se basent pour donner des médicaments à doses infinitésimales. Et ceci est absolument général.

Je vous rappelle, par exemple, l'expérience d'*Effront*. Vous connaissez le biologiste Effront, qui a fait des études très intéressantes sur la culture de l'*Aspergillus niger*. Vous savez qu'il faut des doses modiques pour empêcher complètement la culture de l'*Aspergillus niger*. Si vous diluez dans une proportion du millième ou du dix-millième la minime quantité d'argent qui arrête, vous arriverez à un moment donné à trouver une dose infinitésimale, qui, elle, favorisera la culture de l'*Aspergillus niger*.

Partant de ces études d'Effront, *M. Richet* a étudié l'effet du sublimé sur les cultures. Vous savez qu'on considère le sublimé comme un antiseptique. Eh bien, M. Richet est arrivé, par des doses de millionièmes de milligrammes de sublimé, à trouver au contraire une dose qui favorise la culture des microbes. Par conséquent, vous voyez que cette règle homéopathique est intéressante.

Maintenant, seconde règle, et qui fait toujours partie de la grande règle des doses, c'est la *règle du tout ou rien*, ou *seuil de Gley*. Au point de vue qui nous intéresse, et pour arriver à avoir l'action élective dans le sens physiologique admis, il faut que la dose arrive à un certain seuil. Et d'ailleurs, c'est en somme un cas particulier, un peu grossier et grossi de la règle précédente.

Troisième règle : qui a une très grosse importance et que j'ai dégagée d'une série d'observations sympathiques, c'est ce que j'appelle la *règle de l'amplitude rythmique*. Au delà d'un certain seuil, des substances différentes peuvent produire le même déséquilibre. Et en effet, quand l'intoxication devient trop massive, elle agit d'une manière tellement brutale que les nuances qui caractérisent la sympathologie, c'est-à-dire de prédominance élective sur une partie du territoire métasympathique, système vagal, système ortho-sympathique, disparaissent. C'est simplement la brutalité toxique qui agit et alors on ne peut plus arriver à avoir ces différenciations exactement comme les nuances du coefficient réactionnel disparaissent au cours des infections du fait d'une toxi-infection massive.

La règle de l'amplitude rythmique, qui me paraît avoir beaucoup d'importance, se lie à la quatrième règle, que j'appelle la *règle de la marge hormonique*.

La règle de la marge hormonique est extrêmement intéressante à connaître, et elle se relie à ce que je vous ai dit de la conception de Kraus, Zundeck et moi-même, sur le *méta-sympa-*

thique, est le lieu géométrique des actions hormo-humorales sympathiques.

Voici ce que c'est que la marge hormonique. Les hormones, telles que par exemple l'adrénaline, telles que la choline, telles que la folliculine, telles que toutes celles que vous voudrez, qu'on isole peu à peu, ces hormones, de « ὁρμάω, j'excite », sont essentiellement caractérisées par ceci : qu'à doses infinitésimales, elles déterminent un effet toujours pareil à lui-même, à très grande distance, exactement à la manière d'un nerf électif sur lequel a porté l'excitation. C'est ainsi, par exemple, qu'avec l'adrénaline, vous avez exactement le même effet que si vous excitiez l'ortho-sympathique.

Cette action hormonique ne se produit qu'à la condition que la quantité du produit soit extrêmement petite. En effet, les hormones à fortes doses deviennent toxiques. Si vous employez, par exemple, l'adrénaline à très fortes doses, elle agit en tant que drogue toxique. Mais elle n'agit plus en tant qu'hormone ; et alors vous avez des résultats qui ne sont pas du tout comparables.

Il y a donc une marge hormonique, permettant d'entraîner des modifications nettes, mais électives, et cette marge hormonique est fonction de l'action des hormones, d'après l'état de l'équilibre isoélectrique, c'est-à-dire de l'équilibre ionique, de l'acidité ionique des humeurs, selon le schéma que je vous ai montré, des cellules sympathiques périphériques, avec leurs deux antennes : d'une part, l'antenne adrénalinophile, et d'autre part l'antenne cholinophile, c'est-à-dire d'une part l'antenne qui se mordance pour les excitants ortho-sympathiques, et celle qui se mordance pour les excitants du vague.

Le degré plus ou moins marqué de mordançage est fonction de l'équilibre ionique, comme je vous l'ai montré. Par conséquent, c'est dans ces cas là que les hormones agissent, selon que le milieu périphérique aura tendance à l'alcalose, ou au contraire à l'acidose; ce sera l'hormone adrénaline qui agira dans le cas de tendance à l'acidose ; ce sera au contraire l'hormone vagotrope qui agira dans le cas de l'alcalose. Par conséquent, vous voyez l'intérêt de cette marge hormonique.

Il est bien évident que ces variations dans un sens ou dans l'autre, en fonction du degré d'acidité du milieu intérieur, ne seront qu'à la condition que la substance qui arrive, y arrive à très petites doses, parce que le mécanisme est tellement délicat que si vous envoyez là-dedans une dose massive, c'est comme un régiment de cavalerie dans un jeu de quilles : vous ne pourrez

plus rien voir. Donc, je répète, les quatre cas particuliers où s'applique la règle des doses sont : l'homéopathique, du tout ou rien, l'amplitude rythmique et la marge hormonique.

J'arrive maintenant à la seconde règle, qui est la *règle de l'amphotropisme.* Toutes les substances, toutes les hormones ont en somme une double action : l'une qui est primitive, très courte et à petites doses ; l'autre au contraire qui se produit ensuite et qui est la dose classique. Elles sont toutes *diphasiques.* Seulement le petit crochet au-dessous du début est tellement peu important qu'en pratique courante médicale on saute par-dessus. C'est ainsi que l'adrénaline, qui est essentiellement un excitant de l'ortho-sympathique, produit néanmoins une excitation vagale à extrêmement petites doses, ou bien lorsque, par exemple, on a agi antérieurement sur l'individu. Ainsi : l'adrénaline après qu'on a donné de la muscarine. La muscarine est un excitant du vague. Si à un animal, que vous avez traité par la muscarine, vous injectez de l'adrénaline, elle arrête le cœur en diastole. Cette règle de l'amphotropisme m'amène d'une manière logique à ma troisième règle, que j'ai appelée la règle de l'état antérieur.

La *règle de l'état antérieur* est d'une importance capitale en sympathologie, pour expliquer les observations qui ne coïncident pas. C'est que toutes choses égales, d'ailleurs, l'équilibre vago-sympathique est tellement instable, que tout dépend, à l'instant où l'excitant agit, du moment en quelque sorte de la courbe rythmique où il survient.

Cette règle de l'état antérieur dérive donc de la loi de *Bard,* lorsqu'il a dit, qu'en somme il n'y avait pas des centres inhibiteurs et des centres excitateurs, séparés les uns des autres, mais que l'un et l'autre n'était que le même, et que tantôt il y avait excitation ou inhibition, selon le moment du rythme sur lequel agissait l'excitant.

Vous savez qu'il est arrivé à cette conception d'abord en étudiant la déviation conjuguée de la tête et des yeux dans les ictus, et ensuite en étudiant les déviations des yeux et de la tête dans les excitations unilatérales des labyrinthes.

De cette règle de l'état antérieur, je vais vous donner un exemple avec la pilocarpine.

Vous savez que la pilocarpine est un excitant vagal. Là encore, si nous traitons un animal par la pilocarpine, et si ensuite nous lui injectons de l'adrénaline, au lieu d'avoir une excitation du cœur et une hypertonie de celui-ci, nous voyons un ralentissement du cœur déterminé par l'adrénaline, c'est-à-dire un résultat inverse de celui que l'on a à l'état normal.

Voilà donc un exemple de l'état antérieur.

Mais vous vous rappelez que le sympathique préside essentiellement à une république fédérative, et que la hiérarchie de l'organisme est loin d'être partout semblable à elle-même. Il y a une hiérarchie supérieure psychique, il y a des hiérarchies royales, telles que le domaine vagal, et puis il y a la république fédérative de l'ortho-sympathique. Il en résulte qu'il y a une activité locale réactionnelle et que vous pouvez parfaitement avoir un endroit où la mosaïque organique va répondre dans un sens alors qu'au contraire un territoire assez voisin répondra dans un sens inverse. C'est pourquoi j'ai appelé ma quatrième règle la *règle de l'activité locale réactionnelle*. On en a des exemples avec l'atropine.

Supposons que nous avons à faire à un individu qui a de la paraplégies spasmodique. Nous verrons que chez cet individu l'atropine agira sur le cœur en le ralentissant, mais qu'au niveau des muscles, contracturés, elle diminuera cette contracture.

On trouvera des quantités d'exemples de cette activité locale réactionnelle; je vous en ai d'ailleurs déjà cité au cours des conférences antérieures.

De même la cinquième règle, qui a été bien exposée d'abord par *Eppinger* et *Hess*, et qui est la règle de la balance. *La règle de la balance* dérive directement des expériences de Langley sur l'antagonisme physiologique chez les animaux de l'excitation de l'ortho-sympathique et de l'excitation vagale.

Vous savez que chez les animaux, lorsqu'on excite l'ortho-sympathique, on voit très facilement une diminution du vague et vice-versa. On a donc représenté la règle de la balance en disant : quand il y a excitation de l'un il y a inhibition de l'autre. Eppinger et Hess ont appliqué la règle de la balance à la clinique.

En 1911 et 1912, et particulièrement en 1913, en faisant des recherches chez l'homme, j'ai constaté avec Mlle *Romme*, dans la première moitié de 1914, que la règle de la balance ne coïncidait pas du tout avec la clinique. A ce moment-là, en effet, on voyait très bien que, lorsqu'on excitait l'orthosympathique par l'adrénaline, on n'avait pas toujours une inhibition vagale, que lorsqu'on paralysait le vague par l'atropine, on n'avait pas toujours une hyperexcitabilité orthosympathique. Par conséquent, dès cette époque, en 1914, j'ai montré que la loi de la balance ne s'appliquait pas à la clinique courante, chez l'homme, que c'est tout au plus une règle, non pas une loi, et qu'il fallait la compléter par ce que j'ai appelé la *règle du battant de porte*.

Dans la règle de la balance, vous avez un schéma qui est repré-

senté par cette règle, et qui oscille autour d'un pivot qui est juste à moitié. Par conséquent, d'un côté vous représentez l'orthosympathique, de l'autre côté le vague ; quand l'orthosympathique monte, le vague descend et vice-versa. Mais il y a la règle du battant de porte : voici l'axe autour duquel il va se lever, ou s'abaisser. Sur cette porte, nous allons représenter par un schéma, le système vagal, et le système orthosympathique. Très fréquemment, quand on voit le système vagal dont l'excitabilité augmente, on voit que l'excitabilité orthosympathique augmente: quand, au contraire, l'un baisse, l'autre baisse en même temps. Et c'est ce que nous voyons constamment.

Prenons des hyperthyroïdiens : sous l'influence de l'hyperthyroïdie, vous voyez une hypersympathie énorme, avec un pouls rapide, mais également un réflexe oculo-cardiaque exagéré. Cette règle du battant de porte a une application constante en clinique, et c'est sous sa dépendance qu'est par exemple mon type III dans ma classification des coefficients réactionnels vago-sympathiques, qui est celle de l'hypersympathie généralisée, où il y a hyperexcitabilité vagale et hyperexcitabilité orthosympathique.

Et je passe à la septième règle, qui est la *diaschisis de Von Monakow*. Vous savez que le grand physiologiste et philosophe von Monakow a eu le mérite de montrer que les manifestations déficitaires, que l'on observe très fréquemment à la suite d'un ictus, sont loin d'être toutes l'expression d'une destruction. Et qu'en effet, dans les manifestations déficitaires, que l'on observe tout de suite après un ictus, il faut savoir distinguer ce qui est fonction de diaschisis, c'est-à-dire de l'inhibition générale et ce qui est fonction de la lésion même. C'est seulement au bout de quelques jours que l'effet de la diaschisis disparaissant, on a le reliquat déficitaire.

Cette règle de la diaschisis s'applique à la symptomatologie comme au reste de la neurologie.

J'arrive maintenant à la huitième règle, qui a été d'abord émise par *Jackson* et ensuite par *Sherrington :* c'est la *règle de la libération de la fonction,* et qui joue un rôle énorme en sympathologie, parce que très fréquemment, et surtout chez les individus qui ont un syndrome d'hypersympathie généralisée, on a trop tendance, tout de suite, à croire que cette hypersympathie généralisée tient à une véritable excitation des centres de cette partie du système végétatif, alors que très fréquemment l'excitation et la turbulence de la majorité compacte inférieure résultent tout simplement de l'inertie, de l'insuffisance du gouvernement supérieur.

Cette règle, que l'on voit chaque jour, en sociologie, et dont beaucoup de gouvernements sont l'expression, cette règle se retrouve en biologie.

Par conséquent, il faut se rappeler la vérité de la règle de la libération de la fonction de Jackson et Sherrington. Il y a quantité d'évasions de l'automatisme, observées en psychiâtrie, qui sont fonction de la diminution de l'auto-conduction, c'est-à-dire de la diminution de la fonction de la synthèse supérieure.

Et enfin, la dernière règle : *la règle de l'interaction* par triple mécanisme. En effet, la nature est généreuse, et d'autre part elle a toujours peur de ne pas avoir suffisamment de moyens de transmission. C'est pourquoi il y a d'abord le vieux moyen de transmission humorale, puis se sont surajoutés des moyens de transmission végétative, neuro-végétative, puis des moyens de transmission plus rapide par le système sensorio-moteur, pour alerter la vigie psychique. Donc trois mécanismes de transmission : psychique, hormonale et neuro-végétative.

Maintenant que nous avons vu quelles étaient les règles de la pharmacodynamie sympathique, en général, il faut en faire l'application au *priapisme toxique*. Et voyons d'abord le priapisme exo-toxique.

Tout de suite, la substance qui nous intéresse, c'est l'yohimbine, qui est en effet un superbe excitant vagotrope. C'est un excitant vagotrope de premier ordre, de telle sorte qu'il produit une action érectile extrêmement marquée. Mais il n'a pas une action exclusivement localisée à la sphère qui nous intéresse. Et l'yohimbine agit sur tout le système vagal, aussi bien sur le système vagal bulbaire que sur le système vagal pelvien.

D'autres substances agissent de même que l'yohimbine : la strychnine, la cantharide, etc... La strychnine, c'est surtout par l'hypertonicité musculaire ; la cantharide agit d'une façon diffuse, mais d'une manière très dangereuse, parce que vous savez la facilité des néphrites cantharidiennes.

Par conséquent, au point de vue pharmaco-dynamique, les deux substances qui nous intéressent sont l'yohimbine et la strychnine.

Et ceci m'amène à étudier les manifestations *auto-toxiques* au cours des maladies chroniques.

Au cours de celles-ci, il y a vraiment des choses très curieuses, et particulièrement une variété de priapisme qui est mal connue, c'est celui que détermine la leucémie ; et c'est souvent un symptôme initial.

MM. *Brocon* et *Doig*, dans le *Medical Journal of Australia* du

16 octobre 1926, ont rapporté des cas de priapisme comme symptôme initial dans la *leucémie myéloïde*. On pense que c'est par un processus humoral. En tout cas, il y a d'autres manières de le déterminer : c'est par l'intermédiaire de thrombus.

Il y a une variété d'hyperexcitabilité qui est intéressante à étudier au point de vue social et psychologique : ce sont les embrasés bacillaires. Evidemment, il y a des facteurs multiples ; facteurs de position : les allongés sont facilement embrasés, du fait du décubitus dorsal longtemps prolongé. Il y a le farniente, les loisirs. Et puis, les voisinages : quand on est très longtemps, pour calmer sa bacillose, couché à côté d'une jolie fille, également légèrement prise, il peut y avoir des oscillations du côté de l'épitumia.

Et puis, enfin, dans des études déjà anciennes sur la psychologie des tuberculeux (1), j'ai montré que ces gens-là sont généralement des *vagotoniques*. La vagotonie fait que facilement il y a de l'hyperexcitabilité dans le domaine qui nous intéresse : une raison de plus pour expliquer les embrasés.

Maintenant, passons aux *modalités*. Car cela, ce sont seulement les variétés étiologiques.

Les modalités, il faut d'abord les voir au point de vue quantitatif. Il y a les modalités *en hyper* à trois points de vue : au point de vue de l'*intensité*, de la *durée*, et de la *fréquence*.

Il y a des variations *ethniques* à ce point de vue. Vous voyez toutes les variétés que vous pouvez supposer ; ceci, ce n'est pas de la pathologie, c'est de l'hyper-clinique, en prenant le mot « clinique » dans son sens étymologique. Je n'insiste pas sur ce point.

Je passe au point, qui intéresse beaucoup plus, parce que nous en voyons des exemples tous les jours : ce sont les modalités *en hypo*, ce sont les insuffisants.

Il faut les distinguer en deux variétés. Il y a les modalités en hypo total, c'est-à-dire les impuissants, et ceux qui sont en marge, en quelque sorte, de l'impuissance, et qui se caractérisent par une précocité de l'excrétion.

Je m'en vais les étudier successivement. Prenons d'abord la première modalité.

Il y a une première *impuissance*, que j'élimine tout de suite ; c'est l'impuissance *par lésion organique*, que ce soit par lésion organique de l'organe génital lui-même, ou par lésion organique

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — La psychologie des tuberculeux. *Revue de Médecine*.

neurologique (hémorragie du cône terminal, par exemple), ou que ce soit par une lésion organique glandulaire. Il y a là tout un premier groupe, le groupe des impuissants par lésion organique, et facile au point de vue diagnostique.

Je passe au second groupe, qui est le groupe des *impuissants dynamiques,* si j'ose dire, par cause dynamique. Cela paraît bizarre de réunir ces deux termes qui paraissent contradictoires, mais vous m'entendez bien.

Il y a une première variété sur laquelle a insisté *Gilbert Ballet:* c'est l'impuissance *périodique.* La psychose périodique a des quantités de formes, et il y a particulièrement des formes monosympatomatiques. Il y a donc la périodicité se caractérisant par des périodes d'insomnie, et d'autres où elle peut se caractériser par l'impuissance ; il y a également, en cherchant bien, l'anaphrodisie, absence de goût, de désir, et impossibilité de le réaliser. Et il y a, en même temps que cette impuissance, un certain nombre d'autres manifestations ; mais il en est là un peu comme dans l'orographie : ce sont les grands pics qui attirent l'attention, et on ne se rend pas compte qu'ils font partie de tout un massif.

Je passe maintenant aux *douteurs.* Douteurs timides ou douteurs obsédés ; et il y a des quantités d'impuissants qui le sont tout simplement du fait de leur doute. S'ils ont eu, par malheur, une fois un petit « raté », comme il en arrive dans les meilleurs moteurs, après cela, ils sont absolument obsédés par ce souvenir, et il est extrêmement difficile de les ramener dans le droit chemin.

Par conséquent, voilà une variété extrêmement importante, très fréquente, chez les psychasténiques.

Puis une troisième variété : ce sont les *émotifs.* Il y en a qui ont une telle émotivité, une telle prédominance de l'excitabilité ortho-sympathique, que leur centre lombaire entre tout de suite en jeu, et nous avons vu que ce centre lombaire était médiocre, au point de vue de la persistance et de la solidité. Il en résulte que ce n'est même pas un feu de paille. Et ceci est fréquent ; il faut connaître cette variété d'émotifs, pour ne pas les bourrer d'excitants; au contraire, très souvent, ces gens-là, en leur donnant un peu de bromure, sont remis en situation normale ; ils peuvent à nouveau briller.

Voici maintenant une forme, non plus seulement dynamique, mais psychopathique : il s'agit d'hypocondriaques. L'hypocondriaque est un individu qui se préoccupe de sa santé. Cette préoccupation de sa santé est sous la dépendance de deux méca-

nismes : il y a l'hypocondriaque *inquiet,* qui localise son inquiétude de ce côté-là, comme sur n'importe quel autre point. Il doit être étudié au point de vue vago-sympathique. Très souvent son inquiétude est fonction d'un certain degré d'hyperthyroïdie, et en traitant l'hyperthyroïdie, en diminuant l'excitabilité ortho-sympathique qui y est liée, on arrive à la guérison.

L'autre variété, dont il faut se méfier, est l'hypocondriaque *paranoïaque.* Vous savez que le paranoïaque est un individu orgueilleux et susceptible, à raisonnements paralogiques, à base affective, dépendant beaucoup plus de la logique des sentiments que de la logique de Port-Royal.

Ce paranoïaque est dangereux, parce qu'il est orgueilleux, susceptible. Si vous n'arrivez pas à le soulager, si vous constatez qu'il a un peu de varicocèle et si vous avez la fâcheuse idée de le faire opérer, un beau jour il pourra vous tuer, parce qu'il trouvera qu'il n'a pas été guéri. Il vous tuera comme un chien, en trouvant qu'il fait là œuvre pie, parce que vous ne connaissez pas votre métier, vous n'avez que ce que vous méritez. Il est fréquent de voir des chirurgiens, des psychiâtres, des urologistes ou des andrologistes qui sont ainsi la victime de paranoïaques hypocondriaques, qui ne sont pas impuissants dans la manière dont ils se vengent. Ces gens-là sont beaucoup plus difficiles à guérir que d'autres, et ceci amène à l'étude complète de ces individus. Très souvent, au lieu d'avoir affaire à une forme unilatérale, il s'agit de formes complexes, chez lesquelles il y a différents facteurs.

C'est ainsi qu'il faut toujours, quand vous savez que l'individu a eu la blennorragie, regarder l'urètre. Une urétroscopie est utile, car fréquemment il y a une petite altération du *veru montanum* qui entraîne une diminution du réflexe électif ; il y a donc des impuissances en rapport avec une altération du *veru montanum,* et qui disparaissent sous l'influence d'une électrolyse localisée.

D'autre part, l'examen sympathique montre la prédominance ortho-sympathique sur la prédominance vagale. Il y a avantage à augmenter l'excitabilité vagale, qui rend la possibilité du fonctionnement de l'érecteur sacré, selon la loi de la balance. Puis, au point de vue psychologique, il s'agit de calmer l'inquiétude, d'arriver à dominer les doutes, et surtout d'enfoncer un coup de sonde dans le subconscient. En effet, beaucoup d'impuissances sont sous la dépendance d'un choc psychique affectif, dont le point de départ peut parfaitement finir par s'effacer et qui entraîne des complexes freudiens, qu'il s'agit de remettre dans la claire conscience, pour être en état de les combattre efficacement.

Ce point là est connu depuis très longtemps ; les noueurs d'aiguillettes ne datent pas d'hier ; d'autre part, les sorciers qui dénouent les aiguillettes se trouvent dans toutes les parties du monde, et non seulement dans le monde arabe ; et en France, la question est même mise sur les théâtres, et tout le monde connaît l'histoire du *Contrôleur des Wagons-lits ;* dans ces cas c'était encore de la psychologie plane, mais fréquemment c'est de la psychologie profonde, et il faut toute la psychanalyse freudienne ou la littérature à la Marcel Proust pour arriver à remettre les choses là où il faut.

Vous voyez la nécessité fréquente d'une psychanalyse poussée pour arriver à saisir le mécanisme. Ainsi trois éléments, possibilité d'une séquelle infectieuse, possibilité d'une perturbation dans le sympathique ou le vague, et possibilité d'un facteur freudien, sont à rechercher chez les gens envoyés comme neurasthéniques ou hypocondriaques génitaux.

Et je passe à la précocité d'excrétion, et c'est surtout pour elle que vous êtes consultés.

Très souvent elle est fonction d'hyperémotivité, comme je vous le disais ; nos malades sont tellement pressés, ils ont une telle hyperexcitabilité, qu'ils sont dans un état violent, et malheureusement cela disparaît aussi vite que c'était venu. Hypersensibilité, et locale, et diffuse. Vous rechercherez dans ces cas spéciaux les antécédents de manœuvres palpatoires, conséquences souvent de l'émotivité timide.

D'autre part, il y a des questions de rythme. Tous les gens sont loin d'être pareils au point de vue du rythme ; il en est de rapides et de lents. Et il en est d'ultra-rapides. Enfin, très souvent, c'est le premier stade de l'impuissance ; par conséquent, il faut s'en méfier.

Ceci a un grand intérêt social. Dans le mariage, par exemple, il faut être accordés à tous les points de vue ; c'est une symphonie, il faut mettre les violons d'accord. Et Michel Corday, dans « Les révélés », a très bien insisté sur ce point, en disant que, quand on monte une côte, chacun sur sa bicyclette (1), il faut s'arranger de manière à arriver en même temps au haut de la côte. S'il y en a un qui va trop vite, le malheureux qui est essoufflé l'est d'autant plus qu'il voit que l'autre est arrivé depuis longtemps. Donc : élément social et intérêt social.

Dans cette première partie, nous avons vu les diverses modalités de ce mécanisme biologique. C'est un mécanisme biologique

(1) Le livre est d'avant-guerre.

endocrino-neuro-psychique. L'intéressant, maintenant, est l'élément social. Car vous savez que l'élément social tend à imprégner de plus en plus la biologie. Et c'est cet élément social qui donne son cachet aux *dysthymies* sexuelles et érotiques. Dans ces cas, le mécanisme biologique, neurologique et sympathique, sympatho-vagal, est normal. Seulement il y a une déviation du but ; et il faut distinguer cette déviation du but selon deux grands groupes : selon que l'on a affaire aux dysthymies *sexuelles,* qui sont dominées par l'homo-sexualité, ou qu'on a affaire aux dysthymies *érotiques,* qui sont dominées par le fétichisme.

Dans le premier cas, c'est une déviation du but sexuel ; dans le second cas, c'est une déviation de l'excitant érotique.

Vous voyez la distinction. Si vous voulez, nous allons en dire un mot, et pour vous reposer un instant, étant donné qu'à la base de l'homo-sexualité il y a un hermaphrodisme infantile et une persistance de ce défaut de différenciation, je vais vous lire « L'Hermaphrodite » de Samain.

L'Hermaphrodite

Vers l'archipel limpide, où se mirent les Iles,
L'Hermaphrodite nu, le front ceint de jasmin,
Epuise ses yeux verts en un rêve sans fin ;
Et sa souplesse torse empruntée aux reptiles,

Sa cambrure élastique, et ses seins érectiles
Suscitent le désir de l'impossible hymen.
Et c'est le monstre éclos, exquis et surhumain,
Au ciel supérieur des formes plus subtiles.

La perversité rôde en ses courts cheveux blonds.
Un sourire éternel, frère des soirs profonds,
S'estompe en velours d'ombre à sa bouche ambiguë ;

Et sur ses pâles chairs se traîne avec amour
L'ardent soleil païen, qui l'a fait naître un jour
De ton écume d'or, ô Beauté suraiguë.

Ceci étant dit, du point de départ, dans cette modification, nous devons étudier le mécanisme social. Le mécanisme social a pour base d'abord cet état d'indifférenciation plus ou moins prolongé. Comme Freud l'a bien montré, il y a généralement un choc infantile à l'origine. Sur ce choc infantile se greffe le réflexe conditionnel.

J'en ai publié un certain nombre d'exemples dans une communication faite à l'Académie de Médecine, sous le nom de « Dysthymies sexuelles ingénues ». Je vous en rapporterai trois cas.

Voici d'abord un jeune homme de 23 ans, sadique ingénu. Mis en confiance, il me raconte qu'il a, une ou deux fois par semaine, des pollutions, et que presque toujours elles sont la conclusion d'un rêve au cours duquel il blesse jusqu'au sang un homme généralement vigoureux. Mon jeune malade est un timide génital, et, bien que Parisien, encore vierge. Très intelligent et travailleur, il passe facilement ses examens dans l'Enseignement supérieur, et dans les travaux personnels montre de l'initiative et de l'originalité. Morphologiquement, c'est un acromégaloïde: grandes mains, grands pieds, gros maxillaire inférieur et grand nez, avec une taille plutôt petite. La selle turcique n'est pas agrandie, mais les sinus frontaux sont énormes. Au point de vue moteur, c'est un paratonique et un maladroit. Sa dysharmonie motrice est telle qu'il n'a pas été pris au service militaire. Enfin, il a une double hérédité périodique, ses parents étant deux mélancoliques intermittents.

Des conversations discrètes permettent de faire remonter cette dysthymie à un choc émotif survenu vers 9 ans, avant la puberté, comme c'est la règle. Etant, un jour d'été, à jouer dans un pré, il a vu un homme nu qui lui a fait très peur ; il a instinctivement saisi un bâton pour le frapper et s'en protéger. La peur a éveillé la volupté, comme je l'ai noté ailleurs dans un travail que j'ai fait sur : « Anxiété, volupté et pneumogastrique », paru dans le *Paris-Médical* en 1924, et en même temps a suscité le désir de frapper. Par conséquent, voilà un cas très net.

Et j'en ai un autre :

Le second cas concerne une jeune mariée, qui répondait parfaitement à la demoiselle bien élevée de René Boylesve. Elle aime son mari et tout serait parfait et est en somme parfait. Elle est heureuse, mais, quoique inexpérimentée, elle s'étonne des conditions nécessaires à son plaisir conjugal. Il faut qu'elle pense que son mari la frappe, la pique, lui fait mal, pour qu'elle sente Eros, car elle est révélée. Je n'ai pas saisi le choc émotif, car en ces matières je me refuse à poser des questions trop nettes et les confidences ne sont pas encore complètes. Ce n'en est pas moins un cas très analogue au précédent de *dysthymie sexuelle ingénue.* Il s'agit de *masochisme* au lieu de *sadisme,* mais le mécanisme est le même ; la différence tient peut-être en partie à la différence du sexe, l'homme étant plus agressif et la femme plus passivement réceptrice.

Enfin un troisième cas :

Il s'agit d'un grand adolescent de seize ans, très joli garçon et racé. Elevé, dans les jupes de sa mère veuve, par un précepteur abbé, il ne connaît pas le coude à coude des collèges et son âme est liliale. Mais, de caractère un peu inquiet, il me confie l'émoi étrange qu'il ressent, depuis qu'il est homme, à la vue de femmes, dont les pieds paraissent trop serrés dans leurs bottines. C'est presque la *pédophilie* de Restif de la Bretonne, mais ici sans la moindre trace de perversité. La facilité de l'émoi génital s'explique par une *vagotonie* très marquée. C'est le fils d'un tabétique.

Par conséquent, voici des cas où l'on voit parfaitement le mécanisme du réflexe conditionnel consécutivement à un choc dans l'enfance.

Maintenant, ce que n'explique pas Freud, — et c'est le point qui est important, — c'est que ceci ne se produit pas chez n'importe qui. Il faut d'abord qu'il y ait un certain degré d'*indifférenciation,* mais il faut en même temps qu'on ait de la *vagotonie.* Tous ces individus sont des vagotoniques.

Pour ce qui est de la psychanalyse, elle nous renseigne sur les conditions de l'intellectualisation et de l'organisation des réflexes conditionnels. Mais elle n'explique pas la cause profonde, qui est généralement la vagotonie très souvent liée à des *perturbations endocriniennes* et avec une très grande fréquence à l'*hérédo-syphilis.* Par conséquent, dans ces cas, ne vous contentez pas d'un examen endocrinien et neurologique, remontez toujours à la cause possible, et très souvent vous trouverez l'hérédo-syphilis.

Ces cas présentent un triple intérêt: un intérêt psycho-physiologique, un intérêt médico-légal, mais la majorité de ces malades ne vont pas jusqu'au délit ou au crime. Ils ont suffisamment d'intelligence et de retenue pour garder leur tendance morbide dans leur conscience, et ne vont pas jusqu'à l'acte social. Par conséquent il ne faut pas, parce qu'on trouve de petites perturbations dans la sphère génitale, tout de suite courir à une raison pour considérer la capacité civile et pénale comme étant nulle. Et enfin, au point de vue de la thérapeutique, il faut, dans ces cas, être un directeur psychologique, médical, rassurer, et en même temps calmer le peumogastrique et chercher l'hérédo-syphilis.

Mais il n'y a pas que le processus freudien. Il y a également d'autres processus, il y a des processus de *compensation.* Faute

de grives, on mange des merles. Et enfin, il y a des processus de *sublimation,* que vous trouverez très bien exposés dans le livre de M. Papillault, où il suit l'évolution des instincts, depuis l'origine jusqu'à la personnalité morale.

Dans cet esprit, on peut très bien reprendre les idées qui ont été exprimées par Léon Daudet, dans un de ses livres, et même aller jusqu'à la théorie de Pierre Louys, cherchant dans la volupté comme un point de départ du développement artistique.

Mais revenons sur la terre, et je termine.

Vous voyez qu'en pratique, il est nécessaire de faire une analyse fine, non seulement médicale, mais anatomique, physiologique, clinique très poussée, psychologique, et en se rappelant les humanités. C'est seulement par ce faisceau que l'on pourra lutter contre le charlatanisme qui tend à essayer de s'incorporer toute une partie de ces malheureux qui viennent nous consulter au point de vue de perturbations dans le domaine que nous venons d'étudier. D'autre part, au point de vue théorique, cette étude du sympathique en andrologie, montre l'utilité de ce que j'appelle la *méthode verticale,* c'est-à-dire qu'il faut toujours, lorsqu'il y a une perturbation d'une fonction, et d'une fonction aussi nette que celle-là, l'étudier dans toute sa hauteur, non seulement dans ses manifestations étroitement anatomiques, en rapport avec une physiologie purement régionale, mais dans ses manifestations physiologiques générales, et dans ses manifestations psychologiques.

Cela a été le mérite de Grasset d'insister sur l'élément psychique, qui existe pour ainsi dire dans toutes les fonctions. Dans toutes les fonctions, aussi végétatives soient-elles, il y a toujours un facteur psychique. Il faut donc appliquer une méthode verticale à la physio-pathologie clinique et exactement comme on tend à appliquer la méthode verticale à l'industrie, quand on a au même endroit la houille et le fer par exemple.

Je crois que l'application de la méthode verticale en clinique peut rendre de très grands services et que l'étude du sympathique en andrologie en est une des illustrations.

SÉQUELLES MENTALES D'ENCÉPHALOPATHIES AIGUES

(d'après 100 observations)

PAR

E. TOULOUSE et A. COURTOIS

Nous avons rapporté dans un travail antérieur (1) des observations où une atteinte inflammatoire aiguë du cerveau, en l'espèce une encéphalite psychosique aiguë primitive ou secondaire, évoluant souvent avec le syndrome classique du délire aigu, était suivie, sans intervalle appréciable, d'un syndrome mental durable, le plus souvent de type hallucinatoire.

Dans ce même travail nous avons signalé l'existence d'autres cas où un intervalle de temps pouvant atteindre plusieurs années séparait un syndrome mental, d'habitude à évolution chronique, d'une inflammation aiguë antérieure du cerveau, atteinte que l'on pouvait tenir pour la cause des troubles mentaux ultérieurs.

Or, la pathogénie de ces cas s'éclaire mieux après les examens histologiques pratiqués surtout par M. Marchand sur des malades morts de délire aigu compliquant une maladie infectieuse connue (2) : lésions inflammatoires avec périvascularite, satellitose, nodules inflammatoires, quelquefois réactions méningées, souvent alors en accord avec une lymphocytose rachidienne discrète ; toujours altérations cellulaires profondes. Dans plusieurs cas, il existait une encéphalite hémorragique avec ses symptômes neurologiques et liquidiens particuliers. Nous avons, avec M. Marchand, décrit ces faits sous le nom « d'encéphalites psychosiques secondaires » (3), puisque l'atteinte cérébrale apparaît comme complication d'une maladie infectieuse connue.

(1) Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës. *Soc. Méd. Psych.*, 25 déc. 1931. *Annales*, janvier 1932, p. 1.

(2) L. MARCHAND. — *Soc. Anatom.*, 1927.

(3) *La Presse Médicale*, 1er avril 1931.

Ainsi avons-nous été conduits à rechercher parmi les malades du service d'observation ceux dans les antécédents de qui étaient signalés des troubles mentaux d'habitude de type confusionnel au cours d'une maladie infectieuse grave. C'est que nous étions amenés à penser que ces états confusionnels dits « délires infectieux », « délires fébriles », accompagnant d'habitude un état général grave ou très grave, doivent avoir un substratum anatomique pas très différent de celui que nous observions histologiquement dans les cas mortels.

De plus, à côté des épisodes confusionnels au cours d'infections connues, survenues dans l'enfance et à l'âge adulte, nous avons cherché chez nos malades les encéphalopathies des premiers mois.

La recherche systématique de ces deux antécédents, encéphalopathie le plus souvent convulsive peu après la naissance, atteinte inflammatoire cérébrale ou cérébro-méningée pendant l'enfance, l'adolescence et même l'âge adulte, au cours d'infections diverses, a montré leur très grande fréquence et cette fréquence même nous apparaît comme un nouvel argument venant à l'appui de notre hypothèse.

En effet, en peu de mois — la plupart de nos cas ont été observés en 1931 et au début de 1932 — nous avons pu réunir 100 observations où une telle atteinte inflammatoire cérébrale peut être tenue comme la cause d'un syndrome mental ultérieur, variable d'ailleurs dans sa symptomatologie (1).

On comprendra surtout l'importance de ce chiffre en connaissant les difficultés que rencontre le médecin lorsqu'il cherche à connaître les antécédents des psychopathes, lorsqu'il essaie de faire préciser les détails de maladies infectieuses remontant souvent à plusieurs années, maladies que les familles ne signalent souvent pas spontanément, surtout occupées qu'elles sont à ne pas omettre les peurs, les états affectifs, les conflits moraux — dont l'importance est parfois d'ailleurs notable — mais qui pour l'entourage constituent trop souvent la cause directe et à elle seule suffisante des troubles qui motivent l'admission.

Ajoutons encore que nous avons retenu seulement les cas où l'entourage a pu fournir les renseignements précis, si possible confirmés par plusieurs membres de la famille.

De même nous avons rejeté les observations de syndromes mentaux en rapport avec une maladie organique connue du cer-

(1) La fréquence *relative* peut être approximativement évaluée à 1/5 des cas observés, taux qui nous paraît très inférieur à la réalité.

veau (méningo-encéphalitique syphilitique, encéphalite épidémique, tumeur cérébrale) tous les cas de démence artériopathique et de démence sénile (bien que les processus d'ailleurs peu connus de la sénilité cérébrale soient au moins activés par une inflammation préalable de l'organe). Enfin les psychoses toxiques (alcool) et traumatiques ont également été éliminées ; de même les psychoses aiguës à type confusionnel de causes diverses.

Nous n'avons pas mentionné non plus les cas nombreux d'arriération simple ou d'épilepsie, ces faits nous paraissent suffisamment connus.

En somme à la suite de ces éliminations successives nous ne retenons les antécédents encéphalopathiques que dans les états d'excitation et de dépression (dits périodiques) dans les cas de délires hallucinatoires et les syndromes de « démence précoce ».

Dans ces conditions, les 100 observations qui ont servi de base au présent travail peuvent être réparties de la façon suivante :

Dans 19 cas il s'agit d'encéphalopathies du jeune âge — jusqu'à 4 ans.

Sur les 81 autres cas, 12 concernent encore des maladies primitives du système nerveux (états méningés, méningites aiguës, chorée...) survenues à partir de l'âge de 4 ans. Dans tous les autres cas, l'atteinte cérébrale eut lieu comme complication d'une maladie infectieuse générale : typhoïde (34) infection puerpérale (19), grippe (6), diphtérie (4) ou maladies éruptives, pulmonaires, rhumatisme articulaire aigu, etc.

⁂

Des cas semblables ont été signalés déjà bien avant nous.

Esquirol (1), Max Simon (2), Thore (3), Morel (4), Delasiauve, Magnan et Legrain (5), Régis (6) relatent de telles observations mais les interprètent différemment ; les uns n'y voyant que la manifestation presque fortuite d'une folie constitutionnelle, les autres attribuant à la maladie infectieuse accidentelle le rôle

(1) Esquirol. — *Traité des mal. mentales,* tome I, p. 73.

(2) Max Simon. — *Journ. des connaiss. méd. chirurg.,* juin, juillet, août 1844.

(3) Thore. — De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Ann. Méd.-psych.,* 1851, t. XI, p. 586.

(4) Morel. — *Traité des maladies mentales,* p. 145 à 172.

(5) Magnan et Legrain. — Les dégénérés. *Bibl. Méd., Charcot-Debove,* Rueff, éd., 1895.

(6) Régis. — *Précis de Psych.,* 3e éd., p. 713 et suiv.

capital. Nous ne pouvons insister aujourd'hui sur les hypothèses de ces auteurs nous réservant d'y revenir plus longuement dans un travail ultérieur. Disons seulement qu'il manquait à ces grands cliniciens la connaissance du substratum anatomique des symptômes observés chez leurs malades.

De même plus tard, les deux courants persistent, bien que la recherche du facteur occasionnel, paraissant déterminant, ait été de plus en plus une des préoccupations du médecin. Mais si l'on a publié et depuis longtemps des syndromes de démence précoce par exemple, consécutifs à une infection cérébro-méningée, c'est seulement comme faits exceptionnels, isolés et pour ainsi dire à titre de curiosités. Aussi, c'est à M. Marchand que revient le double mérite d'avoir, d'une part, grâce à de patientes études histologiques, établi sur des faits multiples, l'existence de lésions cérébrales inflammatoires dans de nombreux cas de psychoses chroniques (1) (démence précoce en particulier) ; d'autre part d'avoir recherché systématiquement les antécédents encéphalopathiques de tels malades et insisté sur leur importance. Il a publié récemment encore 7 observations (2) où une atteinte cérébrale inflammatoire survenue parfois plusieurs années avant le début des troubles mentaux peut être tenue pour leur cause déterminante.

Dans le présent travail, nous avons voulu montrer la fréquence de ces encéphalopathies dans les antécédents de malades atteints de psychoses souvent chroniques et d'autre part la variété des facteurs de l'atteinte cérébrale initiale.

Nous avons tenu à donner, dans ce mémoire même, un résumé très bref de nos observations (3) ; un certain nombre seront publiées ultérieurement (4).

Les encéphalopathies infantiles. — Nous ne pouvons rappeler ici toutes les causes attribuées aux encéphalopathies le plus souvent convulsives de l'enfance. L'accord des pédiatres est encore loin d'être réalisé sur cette question. On consultera avec fruit l'importante thèse de Chartier (5) qui indique certaines lésions anatomiques en rapport avec les complications cérébrales d'in-

(1) L. Marchand. — La démence précoce symptomatique d'encéphalite. *Ann. Méd.-psychol.*, 1930.

(2) L. Marchand, Mme Bonnafoux-Sérieux et J. Rouart. Syndrome de démence précoce chez des sujets ayant présenté des affections organiques du névraxe. Soc. Méd.-psych., 10 déc. 1931, *Annales*, p. 539.

(3) La plupart d'entre elles ont été recueillies par notre interne J. Dufet.

(4) Voir la thèse prochaine de P. Sivadon sur les « Encéphalites puerpérales » et leurs séquelles.

(5) L'encéphalite aiguë non suppurée. *Thèse Paris*, 1907.

fections diverses des enfants (1). Récemment, M. H. Barbier (2) rapporte les états méningés curables de la première enfance à trois causes principales, l'hérédo-syphilis, les fièvres éruptives, la tuberculose (ultra virus). On connaît d'autre part la fréquence des convulsions infantiles chez les hérédo-alcooliques. M. R. Waitz (3) a montré encore la fréquence et l'importance des altérations cérébrales du fait des traumatismes de l'accouchement.

Ces encéphalites de l'enfance fournissent des séquelles variées: états d'arriération avec tous ses degrés, de la débilité simple à l'idiotie, déséquilibre avec ou sans perversions, épilepsie de l'adolescence. (Pr. Pierre Marie) (4).

On peut, après des convulsions infantiles, observer des cas où le développement intellectuel n'est pas entravé, et où cependant l'évolution du processus cérébral se continue pendant plusieurs années pour aboutir tardivement à un syndrome d'affaiblissement, type démence précoce. Nous en avons rapporté des observations (5) où persistaient encore à 20 ans et même plus tard de notables modifications du liquide céphalo-rachidien (6).

M. Marchand a publié aussi deux cas de ces séquelles mentales en décembre 1931 (7).

Dans nos observations, 19 concernent disions-nous des malades ayant présenté des convulsions de l'enfance (jusqu'à 4 ans). Si plusieurs fois ces convulsions sont survenues au cours de maladies fébriles indéterminées ou de pneumopathies aiguës, d'autres fois elles rentrent dans le cadre des convulsions dites « essentielles », sans cause immédiate connue, du moins d'après les renseignements que nous avons pu recueillir.

Ces 19 malades fournissent 14 syndromes de démence précoce manifestés entre 15 et 30 ans, 3 syndromes dépressifs survenus de 18 à 29 ans avec accès isolé ou ayant pris l'apparence évolutive de la psychose périodique, 1 cas d'affaiblissement intellectuel, avec indifférence, incurie et exhibitionnisme, à 30 ans.

(1) Voir aussi : Les encéphalites non suppurées de l'enfance. Congr. belge de Neur. et Psych. 1932.

(2) H. BARBIER. — *Bull. et Mém. de Soc. Méd. Hôp. Paris,* 31 mars 1930, p. 466.

(3) Les lésions cérébro-méningées à la naissance. Doin, 1931.

(4) *Progrès Médical,* 29 oct. 1887 et *Semaine médicale,* 1892.

(5) Syndrome de démence précoce d'origine infectieuse. E. TOULOUSE et A. COURTOIS. *Soc. Clin. de Méd. Ment.,* février 1929. — Encéphalopathie infantile évolutive. CHATAGNON et A. COURTOIS. *Soc. Clin. de Méd. Ment.,* février 1929.

(6) Voir aussi l'observation de TARGOWLA et LAMACHE, *Paris Médical,* mars 1928.

(7) *Ann. Méd.-psych.,* 1931, p. 545 et 546.

Enfin le dernier cas concerne un homme de 28 ans qui a présenté depuis l'âge de 15 ans plusieurs accès confusionnels et anxieux. Le dernier évolua sous le type du délire aigu, suivi après une courte amélioration d'un syndrome ayant les apparences d'un état chronique.

Dans un cas étaient survenus, en outre, un accès délirant au cours d'une grippe à 20 ans, dans un autre une « méningite » vers 10 ans.

De plus, des signes neurologiques peuvent être présents (hémiparésie) ; hydrocéphalie, où des crises épileptiques, d'ailleurs rares, chez un autre sujet dément précoce.

Si parfois le début des troubles mentaux motivant l'internement peut être fixé avec précision, il arrive aussi qu'une aggravation progressive se soit produite depuis des années ; tel le cas d'une jeune fille internée pour démence précoce à 19 ans et qui, depuis l'âge de 13 ans, était tenue pour « psychasthénique » avec des obsessions et des phobies. Puis elle était devenue progressivement inactive. De même, un accès dépressif avec idées hypochondriaques et de suicide vers 30 ans, a été précédé d'un syndrome « neurasthénique » pendant de nombreuses années.

Cinq fois des modifications du liquide céphalo-rachidien ont été observées : hyperalbuminose 0,40 avec 2,4 leucocytes dans un cas ; dans les autres, leucocytose isolée : 4-8-10,8 et 37 éléments.

⁂

Après l'âge de 4 ans, nous avons pu séparer les maladies infectieuses touchant primitivement le cerveau ou ses enveloppes de celles où l'atteinte cérébrale apparaît comme la complication accidentelle d'une infection générale.

Chorée. — On admet actuellement à la chorée aiguë de Sydenham une origine infectieuse. Les lésions cérébrales inflammatoires souvent considérables occupent avec électivité les noyaux gris centraux, spécialement le putamen, mais elles existent aussi au niveau du cortex où elles sont observées par divers auteurs.

Zillochi (1) signale des lésions inflammatoires méningées et corticales dans deux cas de psychoses choréiques.

Plus tard, Tinel, Pierre Marie et Trétiakoff, Bériel, Babonneix (2) insistent sur la fréquence des altérations corticales,

(1) *Journ. de psych. clin. et de techn. manicom.*, 1912. *An. Encéphale*, n° 2, 1912, p. 323.

(2) *Les chorées.* Flammarion, éd., 1924.

spécialement au niveau des lobes frontaux (Bériel). Lœderich, Mamou, Beauchesne et Vaisman (1) rapportent une observation récente où des lésions inflammatoires existaient seulement dans le cortex des lobes pariétaux, temporaux et occipitaux.

D'ailleurs, les troubles mentaux ne sont pas rares pendant la période aiguë, surtout dans les formes graves : confusion hallucinatoire avec agitation, ou « démence aiguë ». MM. Klippel et M. P. Weill (2) notent la persistance possible de troubles psychiques, de séquelles si la mort ne survient pas.

Et dès 1911, MM. L. Marchand et G. Petit (3) publient un cas de démence précoce hébéphréno-catatonique qu'ils n'hésitent pas à rapporter à une chorée de Sydenham antérieure. M. Marchand et ses internes en rapportent deux observations récentes (4).

Dans nos cas, la chorée est survenue à 8, 12 et 14 ans sans troubles mentaux importants, semble-t-il. C'est respectivement à 30, 34 et 40 ans que s'installe, dans ces trois cas, un délire de persécution à forme paranoïde. A signaler que, dans le dernier cas, un état confusionnel grave avait en outre compliqué une grippe vers 30 ans.

Otite avec mastoïdite. — Les réactions méningées ne sont pas rares accompagnant des mastoïdites otitiques. De même, les troubles mentaux confusionnels ou les crises épileptiques.

Il est intéressant d'insister sur le fait que les réactions inflammatoires cérébro-méningées et l'hypertension intra-cranienne peuvent s'observer longtemps encore après la disparition de l'otite causale et, à ce sujet, les récentes communications de MM. Baldenweck, Chatellier, Levy-Becker et Guillon (5) sont spécialement instructives. Nous avons vu l'épilepsie apparaître chez une enfant peu après une otite compliquée de mastoïdite avec convulsions, de même un syndrome de démence précoce (6).

(1) Et. anatomo-clinique et expérimentale d'un cas de chorée aiguë mortelle. *Soc. Méd. Hôpitaux,* 24 juin 1932, p. 1079.

(2) *Nouveau Traité de Médecine,* fasc. XXI, p. 766.

(3) Chorée et troubles mentaux. *Rev. de Psychiatrie,* sept. 1911.

(4) Soc. Méd.-psych., décembre 1931, *Annales,* p. 541 et 543.

(5) Hypertension rachid. et stase papillaire persistant bien au delà de la guérison d'une méningite otogène. BALDENWECK, CHATELLIER et LÉVY-DECKER ; et : Labyrinthite aiguë opérée avec réaction méningée. Longue persistance de l'hypertension intracranienne et de la réaction lymphocytaire. CHATELLIER, LÉVY-DECKER et GUILLON. *Soc. d'Oto. Neuro. Ophtalm.,* Paris, 21 janvier 1932.

(6) A. COURTOIS et J. BOREL. — *Soc. Méd.-psychol.,* 14 janv. 1932.

M. Marchand, Mme Bonnafous-Sérieux et Rouard en ont publié un nouvel exemple (1).

Dans nos quatre cas, l'otite, double dans un cas, avec mastoïdite opérée, survint à 5, 9, 13 et 20 ans. Elle s'accompagne 3 fois de confusion hallucinatoire passagère ou de convulsions (avec strabisme dans une observation). Chez la dernière malade, le délire et l'agitation durèrent 6 mois avec état grave. Dans les quatre cas, un syndrome d'affaiblissement — type démence précoce — à forme paranoïde dans deux cas, fut réalisé, respectivement à 29 ans, 24 ans, 20 ans et 24 ans. Il persiste dans un cas une hémiparésie droite.

« *Etats méningés* », « *méningites* ». — Comme les convulsions infantiles, les états méningées de l'enfance ou de l'adolescence, ressortissent certainement à des causes multiples. Ces causes ne peuvent que rarement être précisés surtout rétrospectivement, d'après les seuls renseignements familiaux. Même si une ponction lombaire fut pratiquée, les résultats nous manquent.

Cependant, si imprécis que soient leurs agents étiologiques, ces états méningés ont déjà été invoqués comme facteurs de troubles mentaux ultérieurs.

M. Lagriffe (2), dès 1911, insiste sur ces faits. Il parle de malades traités dans des hôpitaux pour des « méningites » et sortis guéris qui entrent plus ou moins longtemps après à l'asile... « On rencontre, dit-il, assez souvent, dans les antécédents des aliénations les plus diverses, des « *fièvres cérébrales* » de l'enfance et de l'adolescence. » Et plus loin « particulièrement, nous ne serions pas étonné que la démence précoce de l'étiologie de laquelle on discute encore et dont l'origine génitale reste douteuse, pût être bien souvent l'aboutissant larvé d'une méningite insidieuse guérie ».

Ces états méningés s'accompagnent d'habitude de troubles mentaux divers, le plus souvent de type confusionnel avec onirisme, agitation ou stupeur. Ils peuvent être passagers. Mais on peut voir un syndrome chronique s'installer sans intervalle libre après la période aiguë.

En 1930, entrait à l'hôpital Henri-Rousselle un jeune groom de 16 ans, polyglotte. Quelques mois avant son admission, il avait présenté une méningite aiguë avec énorme lymphocytose

(1) Soc. Méd.-psych., 10 mars 1932. *Ann.*, p. 279.

(2) Contr. à l'étude du rôle des méningites dans certaines affections mentales. *Presse Médicale*, 28 juin 1911, p. 537.

que l'évolution et l'expérimentation montrèrent comme n'étant pas de nature tuberculeuse. Il fut traité à ce moment dans le service du Dr Noël Fiessinger, qui nous transmit très aimablement ces renseignements. Après la période confusionnelle initiale de plusieurs semaines, alors que les signes méningés cliniques et humoraux disparaissaient, le syndrome mental ne s'améliora pas ; et depuis, persiste un état démentiel avec perte du langage, indifférence, grognements inintelligibles, sputation, gâtisme avec barbouillage.

Nos quatre observations actuelles concernent des malades atteints de « méningite » à 7, 9, 12 et 14 ans. Les trois premiers subissent un arrêt de leur développement intellectuel ; l'un d'eux présente en outre un état dépressif avec « obsessions » pendant 10 ans, tous trois deviennent déments précoces respectivement à 24, 28 et 31 ans. La dernière malade restée débile, elle aussi, devient « épileptique » puis « persécutée », elle est internée à 25 ans.

Dans un cas, persistance d'une légère lymphocytose rachidienne : 5,2.

Méningite cérébro-spinale. — Les séquelles de la méningite cérébro-spinale sont mieux connues parce que les épidémies en étaient, il y a peu d'années encore, assez fréquentes et parce que son cadre peut être fixé avec plus de précision grâce aux épreuves biologiques.

Rappelons les publications de Chauffard (1), Netter (2), Antony (3), le cas de Sainton et R. Voisin, leur article de l'Encéphale (4), le travail de H. Claude et Lejonne (5), celui de Paisseau (6). Ces différents auteurs ont signalé les troubles du caractère, de l'irritabilité, un arrêt du développement intellectuel, l'aphasie ou bien un état démentiel. M. Dopter (7) écrit à ce propos « ces troubles... peuvent être passagers et s'atté-

(1) Des suites éloignées des méningites cér. spin. aiguës. *Soc. Méd. Hôp.*, 22 mars 1901, p. 307.

(2) Du pronostic éloigné de la méningite cér. spin. *Soc. Méd. Hôp.*, 29 mars 1901, p. 313.

(3) Des suites éloignées de la méningite cér. spin. *Soc. Méd. des Hôp.*, p. 316.

(4) Les séquelles psychiques des méningites cér. spin. aiguës. *Encéphale*, 1906, n° 3, p. 237.

(5) Suites éloignées des lésions des centres nerveux des méningites cér. spin. *Soc. Méd. Hôp.*, 1907, p. 773.

(6) Les séquelles psychiques de la méningite cér. spin. épidémique. *Pédiatrie*, 25 septembre 1912.

(7) *Nouv. Tr. de Méd.*, Fasc. 1, p. 368.

nuer après quelque temps ; mais ils persistent parfois et constituent une véritable séquelle indélébile. »

Au cours de la période aiguë, les troubles mentaux (torpeur, confusion hallucinatoire) sont trop fréquents pour que nous ayions à les rappeler.

Dans notre observation, la méningite cérébro-spinale, contractée à 20 ans, au régiment, laisse à sa suite, avec une surdité bilatérale un état dépressif chronique qui s'aggrave vers 25 ans : idées de jalousie, de persécution, velléité d'homicide, de suicide et pose la question de l'internement.

Diphtérie (1). — Quatre cas concernent des séquelles de diphtérie avec atteinte du névraxe, manifestée deux fois par une quadriplégie à 35 et 38 ans, une fois par une paralysie oculaire avec délire à 6 ans. Un syndrome dépressif hypochondriaque ou avec obsessions et phobies puis affaiblissement est réalisé dans les quatre cas. Son début est insidieux et remonte à la convalescence même de la diphtérie.

Typhoïde. — La notion du danger de la typhoïde pour le cerveau n'est pas nouvelle. On connaît depuis longtemps (Leudet, Thore, Chomel, Louis, Ferrus, Max-Simon, Delasiauve) et les troubles mentaux de la période aiguë ou de la convalescence et les séquelles mentales de cette affection. Ces faits sont classiques, nous n'y insisterons pas.

On a même accusé la typhoïde de provoquer la paralysie générale. Nous savons maintenant qu'il n'en est pas ainsi, mais les observations de nos devanciers restent cependant valables pour certains cas. En effet, le syndrome paralytique clinique peut être réalisé (moins toutefois les signes oculaires — mais ils ne sont pas constants dans la paralysie générale authentique) par la démence que produit l'encéphalite typhique. D'ailleurs, n'importe quelle encéphalite peut le simuler plus ou moins, et nous en avons observé récemment un bel exemple fourni par une encéphalite post-puerpérale : déchéance progressive et globale, désorientation, euphorie, idées mégalomaniaques, érotisme, gâtisme ; et comme signes neurologiques : tremblement, dysarthrie, légère paresse irienne. L'erreur était d'autant plus pardonnable que les réactions du sang étaient positives ; mais la contamination syphilitique était récente (roséole en 1931) et le liquide céphalo-rachidien indemne.

(1) Nous avons consacré à ce sujet une communication spéciale à laquelle on voudra bien se reporter :

E. Toulouse, A. Courtois et P. Sivadon. — Séquelles mentales de diphtérie à complications nerveuses. *Soc. Méd.-psych.*, 21 juillet 1932.

Malgré la fréquence des troubles mentaux et nerveux au cours de la typhoïde (1), on connaît encore peu d'examens histologiques valables d'encéphalite typhique. On trouvera, dans la thèse récente de Stehelin (2) la description de différentes variétés cliniques. Le seul examen histologique relaté dans cette thèse est celui pratiqué par le Dr Marchand dans une observation publiée par P. Schiff et A. Courtois (3). Il s'agissait d'une encéphalite hémorragique.

Dans nos 34 cas, l'encéphalite typhique s'est toujours manifestée par un délire durable au cours de la période fébrile avec amnésie à peu près constante. La plupart des cas concernent d'ailleurs des formes très graves, ataxo-dynamiques, et où l'état avait plusieurs fois pu être considéré comme « désespéré ». Deux fois des crises convulsives, avec symptômes méningés dans un cas, sont en outre signalées. Trois fois des troubles oculaires persistent (strabisme, nystagmus).

Les syndromes observés ont suivi, sans presque d'intervalle, la confusion initiale ou bien sont apparus progressivement seulement plusieurs années : 5, 10 et même 20 ans après elle. Les états d'affaiblissement sont les plus fréquents : « démence précoce » (8 fois) « délires paranoïdes » (14 fois), dépression chronique avec souvent hypochondrie ou bien accès répétés réalisant un syndrome de psychose périodique (9 fois), enfin déséquilibre (4) avec ou sans perversions (3 fois).

Deux fois le liquide céphalo-rachidien était modifié : albumine 0,40 et 0,65, réaction de Pandy positive dans les deux cas.

Infection puerpérale. — Nous nous arrêterons peu aux encéphalites puerpérales. Elles sont fréquentes, aussi la symptomatologie clinique en est-elle bien connue.

Nous avons, avec le Dr Marchand, apporté les résultats d'examens histologiques qui ne peuvent laisser de doute sur la nature inflammatoire des altérations cérébrales dans ces cas (5).

Cependant, les séquelles de cette encéphalite, lorsqu'elle ne

(1) De l'existence d'une encéphalite typhique... J. Chalier et R. Froment, *Soc. Méd. Hôpitaux*, 23 mai 1930.

(2) Stehelin. — Manifestations encéphaliques au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse Paris*, 1931.

(3) L'encéphalite typhique. Notes cliniques, anatomiques, histologiques. P. Schiff et A. Courtois. *Soc. Clin. Méd. Mentale*, juillet 1930.

(4) Voir l'obs. de Heuyer et Badonnel. Troubles du caractère et perversions consécutifs à une fièvre typhoïde. *Soc. de Psych.*, avril 1927.

(5) E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. — Deux cas d'encéphalites psychosiques post-puerpérales. *Soc. Méd.-psych.*, 24 nov. 1930, et L. Marchand et A. Courtois : Deux cas de psychoses post-puerpérales. Encéphalite hémorragique. *Soc. Méd.-psych.*, 9 juin 1932.

tue pas, sont encore mal précisées. Sans doute, Trepsat (1) insistait déjà en 1905 sur l'évolution possible d'une confusion puerpérale vers la démence précoce. De nombreux auteurs partagent son opinion, mais pourtant persiste le dogme de la bénignité des troubles mentaux qui suivent l'accouchement. Ainsi, Régis (2) écrit : « On est d'accord sur la grande curabilité des psychoses puerpérales, qui est évaluée à 80 % des cas. »

Sans doute s'agit-il de la guérison de l'accès aigu lui-même, mais souvent, nous voyons revenir à l'Hôpital, avec des symptômes de déficit intellectuel, des jeunes femmes sorties « guéries » de confusion post-partum quelques mois ou peu d'années auparavant.

Ainsi, sur nos 19 malades, 7 avaient été internées dans les Asiles de la Seine pendant l'accès aigu. Les autres avaient pu, après l'accouchement, être conservées dans des hôpitaux généraux, dans leur famille ou dans des maisons de santé privées. La durée de la confusion initiale fut, dans presque tous ces cas, assez courte (un à trois mois), après quoi la guérison parut acquise. Mais dans 12 cas, moins de 4 ans après, un syndrome chronique (type démence précoce) installé souvent dès la fin de l'accès aigu motivait l'internement à l'asile, dans 3 autres cas avant la douzième année.

De plus, quatre malades présentèrent, dès la convalescence, un état dépressif chronique avec affaiblissement intellectuel, inactivité, idées délirantes sans systématisation, le tout sans réactions graves, ce qui permettait le séjour dans la famille où elles restaient immobiles, indifférentes, inutiles. Atteintes à 22, 25, 30 et 30 ans, elles sont internées respectivement à 36, 53, 61, et 56 ans. C'est la mort du mari, la dislocation de la famille, qui motive la demande d'admission ou encore une période d'excitation, un scandale public. L'une d'entre elles, traitée à 22 ans par Magnan en 1898, fut ensuite plusieurs fois internée pour « psychose pérodique » (accès d'excitation ou de dépression) puis comme délirante persécutée vers 35 ans ; elle présentait, à 56 ans, un état démentiel avec idées délirantes incohérentes. En réalité, elle n'avait plus jamais eu d'activité spontanée utile depuis son premier internement.

Cinq fois le liquide céphalo-rachidien montrait des anomalies : lymphocytose dans quatre cas : 4-5-9-28 leucocytes (avec albu-

(1) TREPSAT. — *Thèse Paris*, 1905. On y trouvera une statistique d'Aschaffenbourg qui sur 132 cas de « folie puerpérale » a diagnostiqué 56 démences hébéphréno-catatoniques.

(2) E. RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 5e éd., p. 636.

mine à 0,40 dans un cas) ; dans un cinquième, globulinose légère et réaction de l'élixir parégorique partiellement positive, 11-1.

MALADIES INFECTIEUSES DIVERSES. — Les troubles mentaux, d'habitude confusionnels, sont bien connus au cours des maladies infectieuses générales. L'atteinte encéphalique s'accompagne même parfois (rougeole, varicelle (1), coqueluche...) de symptômes neurologiques variés.

Les lésions inflammatoires cérébrales qui les conditionnent commencent à être assez bien connues maintenant (2). On est frappé à leur lecture des grandes ressemblances histologiques —à des différences près de localisations électives parfois — avec les encéphalites psychosiques primitives ou secondaires.

Les maladies infectieuses (autres que la typhoïde et l'infection puerpérale) dont la complication encéphalique apparaît comme la cause du trouble mental ultérieur, ont été : la grippe (6 fois), la scarlatine (2 fois), la rougeole, la pneumonie et la broncho-pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu. Ces encéphalites ont donné lieu, dans les 12 cas, à un syndrome d'affaiblissement intellectuel, avec tantôt état dépressif et idées de suicide, tantôt syndrome de démence précoce simple ou paranoïde. Dans un de ces cas (rougeole grave à 34 ans) sur un fond d'affaiblissement, se manifestent depuis 4 ans, 13 ans après l'encéphalite initiale, des accès d'excitation et de dépression qui se succèdent sans grande interruption.

Les troubles mentaux chroniques sont survenus, soit dès la convalescence, soit plus souvent des années (2 à 13) après la confusion du début.

Plusieurs atteintes s'ajoutent parfois. Ainsi, une malade délire à 7 ans, au cours d'une scarlatine, puis à 25 ans, au cours d'une grippe ; à 33 ans, s'installe un délire de persécution et d'influence. Dans un cas d'encéphalite grippale, on trouve encore une hyperalbuminose à 0,40 avec réactions des globulines positives.

⁂

Que pouvons-nous retenir de ces faits brièvement rapportés ?

Leur fréquence doit d'abord être soulignée. Ces 100 cas ont été, pour la plupart, réunis au cours d'une année et sans que

(1) Voir Ludo VAN BOGAERT. — Les manifestations nerveuses au cours des fièvres éruptives, *Revue Neurol.*, février 1933, p. 150.

(2) A. COMTE. — Encéphalites aiguës non traumatiques. *Nouv. Traité de Méd.*, fasc. XIX, p. 303.

nous ayons eu la possibilité de les rechercher de façon systématique.

La fréquence réelle est donc plus grande que celle que nos chiffres pourraient indiquer. D'ailleurs, dans une autre série de recherches, nous avons entrepris l'étude de la fréquence *relative* des troubles mentaux chroniques pouvant être rapportés à une inflammation cérébrale en comparant ces cas à ceux où rien de tel n'est signalé dans les antécédents. Nous espérons pouvoir présenter nos résultats d'ici quelques mois.

Dès maintenant, nous pouvons admettre que n'importe quelle maladie infectieuse, la plus bénigne comme la plus grave, est susceptible de se compliquer d'une atteinte cérébrale.

Dans nos observations, les infections les plus fréquemment en cause — les encéphalopathies du jeune âge mises à part — sont la typhoïde, l'infection puerpérale, la grippe, les maladies éruptives. La diphtérie avec paralysies permet d'établir le passage entre ces affections générales et les infections de localisation à prédominance cérébrale, états méningés d'origine indéterminée, méningite cérébro-spinale, chorée, réactions cérébro-méningées au cours de mastoïdites. Mais cette nomenclature n'a rien de limitatif, en particulier la maladie de Heine Médin, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle et toutes les streptococcies, les infections urinaires à colibacilles ou à pneumo-bacilles de Friedlander peuvent donner des complications cérébrales aiguës ou chroniques.

Dans plusieurs observations, des accès mentaux répétés sont signalés au cours d'infections successives. Telle de nos malades, normale jusque-là, délire après une chorée, à l'occasion d'une grippe bénigne et d'une infection gastro-intestinale. De même, la résistance aux toxiques diminue. Après une encéphalite grippale, un jeune homme ne peut plus supporter l'alcool, même en quantités modérées.

Ainsi, une atteinte inflammatoire du névraxe paraît le rendre plus sensible à des attaques nouvelles. Sur ce point, d'ailleurs, le cerveau ne se comporte pas différemment d'un autre organe de l'économie.

Nous n'avons retenu jusqu'ici que les cas où une telle atteinte ne peut être discutée — et où l'encéphalite s'est manifestée par des convulsions, des symptômes neurologiques, du délire, passager ou suffisamment durable pour motiver l'internement. Mais il nous semble qu'à côté de ces faits, il faille à l'avenir tenir compte d'autres encore. Nous voulons parler des cas où, au cours d'une maladie infectieuse, on signale une torpeur plus ou moins profonde et prolongée ; de même, les états très graves avec tem-

pérature élevée où la vie des malades reste en danger pendant plusieurs jours et où, cependant, le délire n'est pas signalé. Ces faits concernent spécialement les infections de la première enfance et l'adolescence.

D'autre part, il existe certainement des atteintes cérébrales inflammatoires en rapport, ou bien avec des maladies générales (tuberculose), ou bien avec des infections des cavités de la face (sinusites) (1) ou des voies aériennes supérieures et qui ne provoquent pas de troubles mentaux aigus susceptibles d'attirer l'attention. De même, des infections de l'intestin, des dents ont pu être incriminées. Seule, une recherche systématique de ces éléments étiologiques par des méthodes appropriées permettra d'apprécier leur fréquence et la valeur que l'on doit leur attribuer.

La forme du syndrome mental observé mérite également de retenir l'attention. Aucun choix préalable n'a été effectué pour assembler ces cas. Nous avons recueilli, dans l'ordre d'admission, les observations de malades présentant un syndrome mental quelconque si, dans les antécédents, était signalée une atteinte cérébrale inflammatoire (avec les réserves indiquées plus haut). Or, ce n'est pas par hasard que, dans ces conditions, nous trouvons, dans plus de 90 % des cas, une psychose chronique où domine l'affaiblissement intellectuel. Au contraire, les formes que l'on pourrait ranger dans la « psychose périodique » sont exceptionnelles. Cette constatation confirme encore l'importance du rôle pathogénique de l'encéphalopathie puisque cette encéphalopathie n'apparaît pas comme un accident banal retrouvé avec une égale fréquence dans toutes les psychoses, mais existe presque exclusivement dans celles à évolution chronique et continue, paraissant en rapport avec des altérations cérébrales irréversibles.

Si l'apparence clinique varie cependant dans ses détails, l'élément fondamental, répétons-le, est presque toujours l'affaiblissement intellectuel accompagné de syndromes accessoires divers.

C'est ainsi que le syndrome dit de démence précoce est réalisé 77 fois (il est de type paranoïde 25 fois) ; des états d'affaiblissement légers avec dépression chronique à thème hypochondriaque souvent d'évolution lente vers une déchéance de plus en plus marquée sont observés 9 fois, 2 fois, un affaiblissement démentiel simple à 30 et 47 ans, sans délire.

Les cas où l'affaiblissement intellectuel n'est pas apparent

(1) Voir l'observation de MM. DUFOURMENTEL et LARGEAU : Automatisme mental délirant au cours d'une sinusite frontale double..... Soc. Méd.-psych., 23 nov. 1931, *Ann.*, p. 454.

sont au nombre de 12. Trois concernent encore des états chroniques (déséquilibre avec perversions après la typhoïde) ; les 9 autres sont des syndromes dépressifs à évolution périodique avec conservation dans l'intervalle des accès d'une activité suffisante à la vie en société. Mais il nous faut faire encore des réserves sur l'avenir de ces malades qui, pour la plupart, n'ont pas dépassé 35 ans, car nous en avons vu de semblables présenter, par la suite, des accès de plus en plus rapprochés, et aussi de plus en plus estompés jusqu'à un état dépressif continu où peu à peu la diminution intellectuelle devient évidente.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs de l'évolution ultérieure, nous pouvons dire dès maintenant que, sur 100 cas de syndromes mentaux pouvant être rapportés à une encéphalopathie antérieure, 90 cas au moins concernent des états chroniques.

Leur présentation varie surtout, nous a-t-il semblé, avec l'âge où le cerveau fut lésé. En effet, les délires hallucinatoires de type paranoïde paraissent plus fréquents lorsque le cerveau a atteint son complet développement (25 à 30 ans) ou en approche.

Des symptômes neurologiques peuvent s'observer également, apportant alors de nouvelles preuves d'une altération matérielle du cerveau : hémiparésie, strabisme, nystagmus ; dans presque tous les cas, exagération des réflexes tendineux des membres, et fréquemment des réflexes de la face. L'épilepsie est signalée aussi, à crises rares d'ailleurs et atypiques comme M. Marchand (1) l'a signalé déjà chez les déments précoces.

Il faut retenir encore les modifications sans doute résiduelles du liquide céphalo-rachidien. Ces constatations actuelles confirment et complètent des publications antérieures à ce sujet (2) où les antécédents encéphalopathiques des malades n'avaient pu toujours être recherchés de façon systématique. Dans 14 cas, le liquide fut trouvé pathologique. Neuf fois une lymphocytose est constatée (4-4-5-5,2-8-9-10-28-37 leucocytes) souvent isolée ; deux fois accompagnée d'une albuminose à 0,38 et 0,40. Quatre fois, ce fut l'augmentation de l'albumine (0,40, 0,40, 0,40, 0,65), associée dans 3 cas aux réactions dites des globulines positives. La dernière fois, globulinose légère (Pandy et Weichbrodt) avec réaction du parégorique partiellement positive.

(1) Epilepsie et démence précoce. *Rev. de Psychiatrie,* 1908.

(2) Modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique. A. Courtois. *Ann. Méd.-psychol.,* avril 1929, et Modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale. A. Courtois et P. Mareschal. *Soc. Méd.-psych.,* nov. 1930.

La ponction lombaire n'ayant été pratiquée que dans 80 cas, la proportion des modifications — légères d'ailleurs le plus souvent — s'élève à 17 % environ.

Une période plus ou moins longue peut s'écouler entre l'atteinte inflammatoire aiguë cérébrale et la date où a lieu l'hospitalisation. Il arrive même que l'épisode initial soit oublié et que le syndrome mental tardif se présente comme une affection autonome et nouvelle.

Nous avons vu déjà, à propos des encéphalopathies du jeune âge que c'était entre la 3e et la 29e année que, dans nos 19 cas, les syndromes mentaux étaient apparus. Jusqu'à 10 ans : 4 cas ; de 11 à 20 ans, 11 cas ; de 21 à 28 ans, 4 cas. Mais en réalité, les troubles mentaux sont bien plus précoces que ne semblent l'indiquer ces chiffres. D'habitude, après l'encéphalopathie convulsive des premiers mois, le développement initial (marche, parole) fut retardé. Plus tard, l'intelligence resta souvent au-dessous de la moyenne des enfants du même âge, et à l'adolescence, 14 sur 19 de nos malades étaient des débiles, chez plusieurs on observait encore des troubles du caractère et de l'humeur : dans une quinzaine de cas, tristesse, tendance à l'isolement, colères impulsives... Rappelons qu'un malade présente en outre, depuis l'âge de 3 ans, des crises épileptiques et qu'un autre est hydrocéphale.

De même, après les atteintes cérébrales plus tardives (adolescents, adultes jeunes) une période variable s'écoule entre les premières manifestations cérébrales aiguës et le syndrome chronique motivant l'isolement.

Ce dernier eut lieu de 1 à 5 ans, après l'épisode aigu, 32 fois ; de 6 à 10 ans, 18 fois ; enfin, entre la onzième et la vingt et unième année, dans 31 cas.

Mais il faut rappeler que cette période est soumise à des variations dont les motifs sont loin d'être toujours médicaux ; ce n'est pas quand les premiers troubles mentaux apparaissent que les malades sont amenés à l'hôpital. Nous avons signalé comme exemples les plus typiques le cas des puerpérales. Sur 19 malades, 10 sont hospitalisées à nouveau moins de trois ans après l'accès délirant qui a suivi l'accouchement, 4 autres avant la dixième année, 5 enfin tardivement entre la onzième et la trentième année. Mais, en réalité, le détail des observations apprend que toutes ces malades étaient « changées », modifiées dès après l'accès délirant du début : inactivité progressive, troubles du caractère, idées de persécution, jalousie pathologique, idées de suicide... Et dans tous ces cas, c'est moins le trouble mental lui-même que les réactions dangereuses qu'il provoque qui motivent

l'isolement. Mais, médicalement parlant, des troubles mentaux évidents ont suivi sans intervalle l'épisode aigu post-puerpéral ou sont apparus progressivement quelques mois après sa guérison. Malgré l'indifférence, l'inactivité, les idées de persécution, comme ces malades n'avaient que peu de réactions anti-sociales, les parents conservaient ces femmes inutiles, mais peu dangereuses. Certaines, cependant, présentaient des accès d'excitation fréquents mais courts et la famille avait organisé à domicile une véritable cellule d'isolement où l'on enfermait la malade quand elle devenait violente. Le plus souvent, ce fut une raison d'ordre social comme la dislocation de la famille qui motiva l'admission. Mais le délire existait depuis de très nombreuses années.

Il faut tenir compte également dans l'interprétation de cette période de latence clinique du fait bien connu que — pour le cerveau comme pour les autres viscères, — les altérations anatomiques précèdent souvent de fort longtemps un syndrome pathologique clinique, capable d'attirer l'attention du médecin.

Nous ne rappellerons, à titre d'exemple, que le cas de la paralysie générale où la méningo-encéphalite diffuse doit évoluer depuis des années avant l'apparition des symptômes délirants ou démentiels qui motivent l'isolement.

Cette période de latence clinique qui sépare un état inflammatoire aigu d'un syndrome chronique tardif est d'ailleurs un fait assez général en pathologie.

Ainsi, parlant des néphrites chroniques, Widal, Lemierre, Pasteur Vallery-Radot et A. Weill écrivent (1) : « Ces dernières peuvent procéder aussi d'une néphrite aiguë initiale, n'ayant compromis tout d'abord qu'à un faible degré la fonction rénale, mais dont les lésions, après une régression plus ou moins apparente, ont subi par la suite une progression insidieuse et lente. Dans certains cas, ces lésions du début sont si partielles, si minimes que leur existence a passé inaperçue : c'est après des mois et des années seulement que les premiers symptômes se manifestent, à une époque où une très grande étendue du parenchyme glandulaire a été remplacée par du tissu de sclérose. »

De même, la pathologie du cerveau offre déjà des exemples acceptés de tous.

Un symptôme nouveau, l'épilepsie, apparaît dix ans, vingt ans après l'encéphalopathie convulsive des premiers mois qui en est la cause lointaine. Il faut de même d'habitude longtemps pour

(1) *Nouv. Traité de Médecine,* tome XVII, p. 422.

que se précise un syndrome démentiel post-traumatique accompagné ou non de crises comitiales.

Le syndrome « comitio-parkinsonien », par encéphalite de l'enfance, fournit un nouvel exemple, où l'étude anatomique a pu montrer la persistance du processus inflammatoire dans les régions sous-corticales.

L'encéphalite épidémique chronique voit encore 12 à 15 ans après l'épisode initial, son domaine s'enrichir de nouveaux syndromes hallucinatoires et démentiels. Or, l'histologie montre chez les encéphalitiques chroniques la persistance du caractère évolutif des lésions cérébrales inflammatoires.

Il paraît en être de même chez nos malades puisque nous avons pu relever chez eux, dans 17 % des cas, des modifications du liquide céphalo-rachidien qui révèlent des altérations actuelles des méninges. D'autre part, nous connaissons les cas de « démence précoce encéphalitique » qu'avec le Dr Marchand nous dénommons « encéphalites psychosiques chroniques » où l'exament histologique, malgré la longue évolution fréquente de l'affection, montre encore des lésions inflammatoires corticales ou méningées, lésions que l'on peut tenir pour résiduelles, témoins d'une inflammation cérébrale antérieure, peut-être plus intense, mais en tous cas demeurée active malgré les années. On peut donc concevoir comme un phénomène assez général qu'une atteinte inflammatoire du cerveau, quelle qu'en soit la cause (toxique, infectieuse, traumatique...) y déclanche un processus anatomique, encore peu connu dans ses détails histologiques, mais dont l'évolution paraît se continuer pendant des années et dont le résultat peut être un syndrome mental durable, avec affaiblissement intellectuel le plus souvent.

Il faut encore insister sur un élément qui nous est apparu comme très important. C'est le terrain sur lequel sont survenues ces atteintes aiguës cérébrales puis leurs séquelles.

Mais nos chiffres sont probablement très inférieurs à la réalité, car il n'a pas toujours été possible de faire préciser les antécédents héréditaires suffisamment pour retenir les indications données. C'est seulement dans soixante-dix cas que des renseignements valables ont été obtenus. Onze fois le père ou la mère (parfois les deux) avaient présenté des troubles mentaux ayant entraîné la mort (suicide), l'internement ou un traitement spécialisé. Dix fois l'alcoolisme paternel est spontanément signalé, mais ce chiffre est manifestement inférieur à la réalité. Dans cinq cas, l'infection syphilitique du père ou des deux parents est connue.

Ainsi, sur 70 cas, les antécédents pathologiques héréditaires

sont certains dans 26 cas, soit environ 37 %. A titre comparatif, disons que sur 50 cas d'encéphalites psychosiques aiguës terminées par la mort, l'hérédité alcoolique et psychopathique est constatée dans 17 cas, soit environ 34 % ; mais ces chiffres, répétons-le, restent certainement aussi au-dessous de la vérité.

Cette fragilité, transmise héréditairement, est un facteur qui domine, croyons-nous, toute la pathologie et qui, pour la psychiatrie, a été mis en valeur depuis longtemps, au point même d'avoir fait méconnaître le rôle de facteurs extérieurs, ajoutés, qui dans nos cas apparaissent pourtant déterminants.

C'est en somme, à ce propos, la même question que pour la tuberculose où l'on a vu le bacille et le terrain favorable à son développement, accusés tour à tour d'être la cause capitale de la maladie. On tend à reconnaître maintenant l'importance de chacun de ces deux facteurs.

En ce qui concerne le système nerveux, il n'est pas douteux que la disposition héréditaire mauvaise — alcoolisme, psychopathie, syphilis, tuberculose des parents — favorise l'attaque du cerveau des descendants et aggrave le pronostic immédiat comme aussi le pronostic tardif de cette atteinte.

De la résistance initiale du cerveau dépend, pour une large part sans doute, la plus ou moins rapide désintégration qui peut suivre l'atteinte du système nerveux après un processus inflammatoire aigu.

L'influence du sexe mérite d'être brièvement notée. Si l'on met à part les encéphalites puerpérales, on constate encore que les femmes paraissent plus souvent touchées que les hommes (46 femmes contre 35 hommes). Cependant, les encéphalopathies du jeune âge sont nettement plus fréquentes chez les garçons (13 cas sur 19).

*
**

Nous n'ignorons pas les imperfections du présent travail et les critiques qu'on peut lui adresser. Aussi tenons-nous à préciser que notre but aujourd'hui était de montrer la *fréquence* de syndromes mentaux chroniques pouvant être rapportés à une encéphalopathie de l'enfance ou à la complication cérébrale de toxi-infections variées survenues plus tardivement.

Peut-être avons-nous englobé, sous le même chef, des faits où l'avenir indiquera des différences dans les processus pathogéniques intimes. Peut-être, en particulier, pourra-t-on séparer un jour les cas où domine un processus peu réversible, surtout de sclérose, de ceux où persiste un agent actif, capable d'être mis en

évidence, soit directement, soit par l'intermédiaire de réactions humorales qu'il provoque encore.

Nous avons indiqué la variabilité de la durée de latence qui sépare cliniquement le syndrome mental tardif de l'atteinte cérébrale aiguë — sa cause lointaine probable — tout en insistant sur l'importance des phénomènes intercalaires qu'il faut rechercher.

Malgré la quasi-constance de la diminution intellectuelle comme élément fondamental, l'apparence syndromique n'est pas toujours la même en raison des réactions du terrain variable avec l'âge où le cerveau a été touché et peut-être surtout avec les qualités initiales de cet organe dont la transmission héréditaire apparaît comme le principal facteur.

Ces faits montrent encore la fragilité des classifications psychiatriques basées sur la seule apparence psychologique des symptômes.

Aussi apparaît-il qu'une meilleure compréhension du fait psychiatrique devra s'appuyer également sur la connaissance du terrain constitutionnel et d'autre part sur celle des accidents qui ont pu altérer le cerveau après la naissance. C'est une telle étude qui, seule, peut être à la base d'une thérapeutique et surtout d'une œuvre prophylactique efficaces.

Résumé des observations

Encéphalopathies du jeune âge (jusqu'à 4 ans) (1)

1. Ch. Simone, 18. E. 11 juillet 1929. Convulsions à 3 ans Débile, coléreuse, bizarre, incurie progressive. D. P. à 18 ans.

2. S. René, 29. E. 19 octobre 1931. P. alcoolique. Convulsions graves, répétées à 4 ans. D. P. vers 19 ans. L. C.-R. : alb. 0,40, leuco. 2,4.

3. M. Jacques, 20. E. 2 février 1931. Convulsions répétées à 14 mois. Crises épileptiques rares depuis l'âge de 4 ans, déchéance progressive. D. P. à 19 ans.

4. D. Odette, 21. E. 15 décembre 1931. P. nerveux. M. débile. Convulsions à 4 mois. Retard initial. « Obsessions » depuis l'âge de 13 ans. D. P. à 19 ans.

5. T. Jean, 17. E. 13 mars 1932. Convulsions jeune âge, déséquilibre, perversions 13-15 ans. D. P. à 17 ans. L. C.-R. : leuco. 37.

6. P. André, 20. E. 24 juillet 1931. Etat méningé grave avec convulsions avant un an. Débile et troubles du caractère. D. P. à 22 ans.

7. L. Gaston, 30. E. 5 mars 1932. Méningite vers 4 ans. Arriéré depuis. D. P. à 20 ans.

(1) Le chiffre qui suit le prénom indique l'âge. E. : date d'entrée. P. : père ; M. : mère ; C. E. : certificat d'études.

8. R. Lucien. E. 18 janvier 1932. P. alcoolique. Convulsions à 18 mois. D. P. à 19 ans.

9. P. Jean, 15. E. 12 février 1932. Israélite. Convulsions à 3 mois, « méningite » à 10 ans. D. P. à 15 ans.

10. L. Q. Marie, 31. E. 17 février 1932. Convulsions à 3 ans. Grippe avec délire à 21 ans. D. P. à 30 ans.

11. H. Juste, 29. E. 5 février 1932. Convulsions à 18 mois, hémiparésie persistante. D. P. à 28 ans.

12. R. Jean, 26. E. 4 juin 1932. Consanguinité. Convulsions à 2 ans avec surdité. Arriéré. D. P. à 25 ans. L. C.-R. : alb. 0,32, leuco. 10,8.

13. Esp. Pierre, 28. E. 23 avril 1932. Convulsions jeune âge. Hérédosyphilis probable. Débile. Accès délirants répétés à partir de 15 ans. D. P. à 25. L. C.-R. : 8.

14. L. Henri, 33. E. 31 mai 1931. M. débile. Convulsions jeune. Crises épileptiques rares, délire mystique. D. P. vers 30 ans.

15. L. Etienne, 31. E. 13 janvier 1932. Etat méningé vers 3 ans, hydrocéphalie, débile. Délire paranoïde à 30 ans.

16. Ch. Louise, 31. E. 3 mars 1932. P. alcoolique. Convulsions vers 2 ans, Délire hypocondriaque à 29 ans.

17. L. Blanche, 18. E. 4 novembre 1931. Convulsions à 2 ans. Strabisme. Confusion avec dépression à 18 ans. L. C.-R. : leuco. 4.

18. W. Henri, 32. E. 11 avril 1932. Méningite à 18 mois. Débile. Incurie. Exhibitionnisme. Affaibli depuis deux ans.

19. P. Hermengilda, 30. E. 8 juin 1931. M. débile. Méningite à 2 ans. Accès dépressif à 27, puis à 29 ans.

Chorée

20. D. Jeanne, 34. E. 23 mars 1932. Chorée à 14 ans. Délire hallucinatoire de persécution à 34 ans.

21. Ch. Marie-Louise, 30. E. 29 février 1932. Chorée à 8 ans. Délire hallucinatoire à 29 ans. Confusion aiguë grave à 30 ans.

22. P. Alice, 40. E. 30 mars 1932. Chorée à 12 ans. Confusion grippale à 30 ans avec légères modifications L. C.-R. Délire hallucinatoire de persécution vers 40 ans.

Otite avec mastoïdite

23. L. Jeanne, 25. E. 1931. Brevet simple. Mastoïdite à 20 ans avec confusion et agitation pendant 6 mois. Bizarre. D. P. à 25 ans.

24. L. Thérèse, 36. E. 7 février 1932. Mastoïdite avec convulsions à 5 ans. Arriération. Délire hallucinatoire paranoïde, internée depuis l'âge de 29 ans.

25. R. René, 23. E. 4 janvier 1932. Mastoïdite avec délire à 13 ans. Arrêt intellectuel, persécuté, D. P. paranoïde à 20 ans.

26. T. Christophe, 26. E. 6 février 1932. Encéphalite p. otitique à 9 ans avec convulsions et hémiparésie droite. D. P. à 24 ans.

Etats méningés

27. B. Gabriel, 25. E. 22 décembre 1931. Convulsions avec strabisme à 9 ans. Arrêt intellectuel. D. P. à 24 ans. L. C.-R. : leuco. 5,2.

28. D. Irma, 28. E. 30 janvier 1932. Méningite à 12 ans. Arrêt intellectuel. D. P. à 28 ans.

29. D. Pierre, 32. E. 1931. Méningite grave à 14 ans, délire pendant 20 jours. Obsessions pendant 10 ans. D. P. vers 31 ans.

30. A. Simone, 25. E. février 1931. Méningite à 7 ans. Arrêt intellectuel, absences épileptiques, dépression, idées de persécution. Incurie.

Méningite cérébro-spinale

31. D. Jean, 29. E. 1931. Méningite cérébro-spinale à 21 ans. Surdité bilatérale. Dépression depuis. Jalousie, idées de persécution et de suicide à 29 ans.

Diphtérie

32. L. Marcel, 28. E. 29 juin 1932. Convulsions jeune âge sans troubles ultérieurs. C. E. Dipht. avec paral. faciale persistante à 22 ans. Dès convalescence, bizarre, tr. caractère. D. P. à 25 ans. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,50.

33. C. Antoinette, 32. E. avril 1931. P. bizarre. Diphtérie grave avec délire et paral. ocul. à 6 ans. Obsédée depuis, dépression chronique.

34. D. Jeanne, 50. E. 20 mai 1931. A 35 ans, diphtérie avec quadriplégie et paral. oculaire. Dépression hypocondriaque depuis.

35. L. Jules, 49. E. 4 mars 1932. A 35 ans, diphtérie avec paraplégie et paral. ocul. Dépression chronique depuis. Incurie.

Typhoïde

36. Br. Emile, 25. E. 17 août 1931. Débile. Typhoïde grave avec délire à 12 ans. Arrêt intellectuel. D. P. à 24 ans. L. C.-R. : alb. 0,32.

37. C. José, 28. E. 13 février 1931. M. : syphilis. Typhoïde ataxo-adynamique et délire à 21 ans. Nystagmus. Tr. chron. dès convalescence. D. P. à 22 ans.

38. M. Marcel, 29. E. 28 mars 1931. Débile. Typhoïde avec délire à 17 ans, dépression hypocondriaque. D. P. à 28 ans.

39. R. Louise, 35. E. 23 janvier 1932. Encéphalite typhique à 29 ans. D. P. à 35 ans.

40. M. Albert, 30. E. 2 mars 1932. Typhoïde avec délire à 21 ans. D. P. à 28 ans.

41. E. Germaine, 28. E. 4 février 1932. P. alcoolique. Typhoïde et délire à 7 ans. Débile. D. P. à 27 ans.

42. B. Boris, 25. E. 27 février 1932. Encéphalite typhique vers 8 ans, bizarre depuis. D. P. à 24 ans. L. C.-R. : alb. 0,32.

43. R. Augustine, 28. E. 15 juin 1931. Encéphalite typhique à 22 ans. Nerveuse, bizarre depuis. D. P. à 27 ans.

44. R. Wlademar, 35. E. 15 janvier 1932. Typhoïde avec délire vers 20 ans, idées mégalomaniaques, déchéance progressive. Délire incohérent à 30 ans.

45. Gl. Denise, 32. E. 4 janvier 1932. Typhoïde grave, confusion vers 30 ans, délire hallucinatoire depuis, sans intervalle.

46. N. Marie, 36. E. 13 janvier 1932. Encéphalite typhique à 24 ans. Isolement, bizarre, délire paranoïde à 35 ans.

47. S. Marie-Th., 43. E. 31 août 1931. Encéphalite typhique à 26 ans, amnésie, persécutée pendant des années ; paranoïde à 43 ans.

48. N. Simone, 31. E. 18 novembre 1931. P. alcoolique. Débile. Typhoïde grave avec délire à 6 ans. A 17 ans, dépression, idées de persécution. A 29 ans, délire paranoïde.

49. H. Victoire, 30. E. 8 décembre 1931. P. alcoolique. Débile. A 20 ans, typhoïde avec confusion pendant un an. Instabilité, troubles du caractère. Délire paranoïde à 29 ans.

50. C. Antoinette, 31. E. 28 novembre 1931. Débile. Typhoïde avec délire à 21 ans, dépression consécutive. Délire paranoïde vers 29 ans.

51. M. Marie-L. E. 1932. Typhoïde et délire à 21 ans, dépression à 24 ans, bizarre, inactive depuis. Délire paranoïde vers 40 ans.

52. Ch. Jacques, 45. E. 1932. P. : syphilis. Encéphalite typhique à 23 ans. Délire paranoïde depuis 35 ans, internée à 45 ans.

53. N. Hippolyte, 35. E. 1931. Encéphalite typhique à 13 ans. Arrêt intellectuel. Délire paranoïde vers 31 ans.

54. B. Perrine, 21. E. 4 juillet 1931. Typhoïde avec coma et convulsions à 13 ans, strabisme, arriérée, colères. Démence paranoïde à 20 ans.

55. E. David, 30. E. 5 février 1932. Israélite. Encéphalite typhique à 29 ans, délire paranoïde à 30 ans.

56. F. Boris, 37. E. 8 février 1932. Typhoïde et délire vers 22 ans, bizarre, troubles du caractère, délire paranoïde vers 35 ans.

57. L. Augustine, 48. E. avril 1932. Typhoïde grave avec délire à 21 ans. Arrêt intellectuel. Strabisme. Délire paranoïde à 28 ans.

58. G. Suzanne, 37. E. 1931. M. déprimée. Typhoïde grave et délire à 20 ans. Phobies, dépression chronique. Incurie à 35 ans.

59. Tr. Marie, 39. E. 10 février 1932. Typhoïde vers 20 ans, déprimée depuis, dépression anxieuse à 39 ans.

60. Ch. Madeleine, 29. E. 31 décembre 1931. Encéphalite typhique à 19 ans. Tr. sens moral. Délire hypocondriaque chronique à 29 ans.

61. Th. Léontine, 47. E. 26 janvier 1932. Encéphalite à 27 ans, dépression chronique depuis. Plusieurs accès anxieux.

62. D. Jules, 49. E. 23 février 1932. Encéphalite typhique à 35 ans, reste déprimé ; délire hypocondriaque vers 48 ans.

63. R. Elise, 48. E. 11 avril 1931. Typhoïde grave avec délire à 29 ans, dépression habituelle, délire mélancolique et anxiété à 48 ans. L. C.-R. : alb. 0 ; 40 glob. + ; leuco. 2,4.

64. Br. Jeanne, 38. E. 9 octobre 1931. Typhoïde avec confusion pendant 3 mois à 27 ans. Incurie depuis. Délire hypocondriaque à 37 ans.

65. V. Pauline, 35. E. 25 février 1931. Typhoïde grave avec délire à 32 ans, restée déprimée, affaiblissement, état anxieux à 35 ans.

66. C. Hippolyte, 49. E. 14 août 1931. Typhoïde et délire à 20 ans, resté « bête », dépression habituelle, délire anxieux à 49 ans. L. C.-R. : alb. 0,65.

67. G. Eugène, 29. E. 24 février 1932. Encéphalite typhique à 5 ans, arriérat., perversions, fugues, vols à l'adolescence. Aggrav. progress.

68. P. Raymond, 21. E. 6 juillet 1929. P. alcoolique. Né à 7 mois. Typhoïde et délire à 13 ans, arriéré, déséquilibre, perversions.

69. P. Joséphine, 24. E. 8 mars 1931. P. nerveux. Typhoïde et convulsions à 18 ans, excitation habituelle, déséquilibre, inconduite.

Infection puerpérale

70. L. Adolphine, 32. E. 11 décembre 1929. A 28 ans, encéphalite puerpérale, restée internée presque constamment depuis. D. P. L. C.-R. : glob. traces, parégorique 11-1.

71. G. Florence, 27. E. 1er août 1930. Confusion puerpérale à 25 ans, déchéance progressive. D. P. à 26 ans. L. C.-R : alb. 0,40, leuco. 9.

72. L. Suzanne, 23. E. 31 octobre 1931. Débile. A 20 ans, confusion puerpérale, déchéance progressive. D. P. à 23 ans.

73. E. Germaine, 26. E. 26 avril 1929. Etat méningé à 2 ans, débile, confusion puerpérale à 25 ans. D. P. à 26 ans.

74. G. Charlotte, 26. E. 28 octobre 1930. Débile. Confusion puerpérale à 25 ans. D. P. avec délire incohérent à 26 ans. L. C.-R. : leuco. 5.

75. S. Rachel, 23. E. 12 février 1931. Israélite. Eclampsie à 20 ans. Inactivité depuis. D. P. à 22 ans.

76. V. Renée, 25. E. 15 avril 1931. P. P. G. Débile. Confusion p. puerp. à 21 ans. Incurie progressive. D. P. hébéphr. catat. à 25 ans.

77. M. Désirée, 29. E. 4 novembre 1931. Débile. Confusion post-abortum à 26 ans. Depuis incurie progressive avec accès d'excitation ou de dépression. D. P. à 29 ans.

78. D. Marcelle, 28. E. janvier 1932. P. alcoolique. Encéphalite puerpérale à 24 ans. D. P. à 27 ans.

79. D. Andrée, 23. E. 4 juillet 1931. Confusion puerpérale à 22 ans, évolution progressive vers état chronique. D. P. fin 1932.

80. A. Henriette, 30. Encéphalite post-abortum traitée dans le service à 28 ans. Pas d'intervalle. D. P. à 30 ans.

81. B. Célestine, 35. E. 30 août 1931. Débile. Encéphalite puerpérale grave à 34 ans, délire 2 mois. Psych. paranoïde à 35 ans.

82. B. Marthe, 35. E. 14 février 1932. Encéphalite puerpérale à 22 ans. Strabisme. Tr. du caractère, déchéance. Pseudo-paralysie générale à 34 ans.

83. C. Georgette, 36. E. 1er juillet 1931. M. internée. Débile, confusion puerpérale à 28 ans, délire paranoïde à 35 ans.

84. Br. Fernande, 45. E. 1931. M. internée. A 33 ans, fièvre puerpérale. Depuis dépression hypocondriaque. Etat démentiel vers 40 ans.

85. Es. Lucie, 61. E. 15 mars 1931. A 30 ans, confusion grave post-puerpérale. Inactivité, idées de persécution, démence, scandale public. Délire incohérent à 60 ans.

86. C. Cécilia, 53. E. 25 octobre 1931. M. suicidée. Confusion puerpérale à 25 ans, dépression chronique, incurie depuis 25 ans. Démence à 50 ans. L. C.-R. : leuco. 28.

87. L. Marie, 56. E. 16 octobre 1931. Confusion puerpérale à 30 ans. Depuis, déchéance progressive, avec accès d'excitation. L. C.-R. : leuco. 4.

88. D. Emilie, 56. E. 23 octobre 1931. Fièvre puerpérale à 22 ans, plusieurs internements, « psychose périodique ». A 36 ans, « délire de persécution ». Incurie depuis premier internement.

Grippe

89. P. Lucienne, 34. E. 19 décembre 1931. Débile. Grippe avec confusion à 32 ans. Persécutée depuis. Délire paranoïde à 33 ans.

90. P. Antoinette, 37. E. 25 décembre 1931. Débile. Grippe avec délire à 34 ans. Depuis déprimée, persécutée. Délire paranoïde à 36 ans.

91. G. Georgette, 30. E. 25 juin 1931. A 26 ans, grippe, coma pendant 2 jours, délire 15 jours. Bizarre, fugues. Psychose paranoïde à 29 ans.

92. Br. Antoinette, 25. E. 28 avril 1932. Grippe grave avec délire à 11 ans. Restée débile. Tr. du caractère. D. P. paranoïde à 24 ans.

93. T. Lucie, 48. E. 27 janvier 1932. Grippe avec délire à 34 ans. Tr. du caractère, fugues, idées de suicide et homicide depuis, délire paranoïde vers 45 ans.

94. P. Charles, 20. E. 11 avril 1932. Grippe avec délire grave à 18 ans, déprimé depuis. D. P. à 20 ans. L. C.-R. : alb. 0,40, glob. +.

Maladies infectieuses diverses

95. D. Alexandrine, 51. E. février 1931. Rougeole avec confusion très grave à 34 ans. Faiblesse intellectuelle depuis. A 47 ans, état démentiel avec crises d'excitation et de dépression continues.

96. Mét. Marie, 36. E. octobre 1931. Consanguinité. Scarlatine grave avec délire à 7 ans. Arrêt intellectuel. Grippe avec délire à 25 ans. Persécutée. Délire paranoïde à 33 ans.

97. Le B. Marie, 17. E. 10 décembre 1931. P. interdit. M. déséquil. Scarlatine et confusion durable grave à 13 ans. Excit. à 15 ans, fugues. D. P. à 17 ans.

98. H. Georges, 36. E. juin 1931. M. déprimée. Pneumonie avec délire grave à 16 ans. Arrêt intellectuel. Obsessions, scrupules, dépression et idées de persécution à 35 ans. Suicidé à 36 ans.

99. P. Olga, 30. E. 1931. Broncho-pneumonie grave avec délire à 10 ans, diminution intellectuelle. Dél. paranoïde à 28 ans.

100. S. Louise, 28. E. mai et septembre 1931. Rhum. art. aigu avec confus. hallucin. à 27 ans. Syndrome hall. persistant depuis. Dél. paranoïde à 28 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Mai 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

PRÉSENTATIONS

Obsession de négation,

par MM. Raymond MALLET et Charles BERLIOZ.

Nous rapportons l'observation d'une malade qui présente un syndrome auquel on pourrait appliquer le terme d'obsession de négation. Il s'agit d'une obsédée, en effet, mais chez laquelle le sentiment de vide que M. Pierre Janet met à la base de l'état psychasthénique, constitue à lui seul tout le tableau clinique et avec une telle acuité que la malade en arrive à cet état de dépersonnalisation que M. Séglas a magistralement décrit. Toutefois, chez cette malade, ainsi que chez quelques rares autres que nous avons suivis, on assiste à une véritable systématisation du thème obsédant qui, par ses caractères cliniques, aussi bien dans sa symptomatologie propre que dans son évolution particulièrement grave, se rapproche du syndrome de Cotard.

Nous restons sur le terrain de l'obsession, puisque les malades, contrairement au délirant, ne se plient pas aux exigences des éléments sensitivo-intellectuels qui, échappant, sinon au contrôle de la conscience, du moins à la discipline volontaire, font corps étranger dans leur personnalité psychique, puisque,

pour employer certaines expressions consacrées, l'auto-conduction (Toulouse et Mignard) se maintient en face d'un automatisme (de Clérambault) exalté. D'où, d'ailleurs, le conflit affectif, l'état de lutte grâce auquel l'obsédé garde contact avec le milieu extérieur, peut ne rien trahir de son drame intérieur. Nous ne nous arrêterons pas ici sur ce facteur d'action qui met la volonté en jeu et qui sépare l'obsédé du schizophrène.

Dans l'obsession de négation nous trouvons ébauchés les divers éléments du syndrome de Cotard.

Idée de négation : c'est le sentiment de dépersonnalisation poussé à l'extrême. Les malades ne parlent pas seulement de « perte du moi », ils se disent « morts », ils ne se « sentent » plus, n'éprouvent plus rien pour ce qui les entoure, etc. Notre malade dit d'elle : « Je suis le néant de moi-même. » ; une autre, qui parle de se tuer, ajoute : « Mais on ne tue pas une morte. » Une troisième se lamente : « Pourquoi faut-il ne pas être mort et ne pouvoir être vivant. »

Idée de transformation corporelle : les malades en arrivent ainsi à se considérer comme des automates, à ne plus se reconnaître. Notre malade le traduit dans les termes que nous rapportons plus loin. Une autre explique : « Je me suis fait un moi fictif. Je suis fausse des pieds à la tête. Quand je me regarde dans la glace, je ne me reconnais pas. » La troisième malade : « Il faut que je me tâte pour savoir que j'ai un corps, une figure. » L'idée de transformation corporelle ne peut aller plus loin, elle deviendrait l'idée de possession du délirant : « Je me demande, s'exclame une obsédée, au cas où mon moi se recréerait, si ce serait bien le mien avec mes sentiments, mes idées d'autrefois. »

De même, l'idée d'immortalité du délirant s'arrête chez l'obsédé à une impression d'illimité, d'infini, qui lui vient de l'absence de tout point de repère, de la décoloration affective : « Il y a 1 an ou 6 ans je me vois sur le même plan de souffrance. » Nous choisissons des exemples en dehors de la malade qui fait l'objet de notre observation. Un autre écrit : « Il m'arrive une chose qui n'a pas de nom, qui est l'infini. Le temps est remplacé par le vide. Le futur est déterminé infailliblement par le présent. Ils se confondent. Les points de repère ne donnent plus. »

L'évolution de l'obsession de négation comporte un pronostic aggravé qui la rapproche encore du syndrome de Cotard. Celui-ci semble avoir perdu la signification de chronicité qu'on lui a donnée longtemps, et nous venons, à ce propos, de suivre avec MM. Leulier et Cazalis un malade qui a fait un état mélancolique

aigu avec syndrome de Cotard au complet et qui a guéri en deux mois. Il n'en reste pas moins que l'apparition de ce syndrome au cours d'un accès mélancolique est un facteur d'aggravation. De même en ce qui concerne l'obsession. Des six malades que nous avons pu suivre pendant un temps suffisant, deux ont présenté une détente assez marquée pour donner l'illusion de la guérison, mais l'un d'eux reste avec une activité intermittente, gênée par des impressions morbides plus ou moins continues, l'autre est en pleine récidive et retirée de nouveau de la vie active après une reprise de quatre années. Une de ces malades s'est suicidée. Une autre est dans le même état depuis sept ans. Enfin, on verra que la malade actuelle, de date pourtant récente, a déjà fait deux tentatives de suicide.

Nous ne ferons plus qu'attirer l'attention sur le syndrome organique que présente notre malade. C'est une léiasthénique, diraient MM. Loeper et Baumann, chez laquelle on est frappé effectivement par les manifestations ptosiques en dépit de son âge jeune, qui, au cours de ses deux accouchements, paraît avoir donné des signes d'inertie utérine, qui, par ailleurs, a une circulation périphérique déficiente, qui a maigri de 7 kgr. en trois mois. Les fonctions ovariennes ne semblent pas devoir être incriminées, non plus la fonction thyroïdienne. On retrouve chez elle, en plus, certains signes propres à la constitution émotive de Dupré.

Nous croyons qu'il est difficile, chez ces malades, de ne pas tenir compte de l'élément physique et de ne pas établir une liaison entre la baisse de la tension psychologique, à quoi aboutit M. Janet dans ses conclusions pathogéniques sur l'obsession et l'hypotonicité organique. Le sentiment de dépersonnalisation paraît lié à une sensation de vide et si, dans les cas que nous venons d'envisager, le syndrome est tellement diffus qu'il est difficile de faire la part de la sensation proprement dite, celle-ci passe au premier plan dans les syndromes plus limités où la localisation organique fait dire au malade qu'il éprouve une sensation de vide au niveau de l'estomac, ou du cœur, ou de la tête.

Il n'en demeure pas moins que, chez les malades qui nous occupent, il y a une organisation, une systématisation du thème obsédant, qui indique, pour le moins, une plasticité mentale particulière, un hypotonus psychique que nous rapprocherions volontiers de l'hypotonicité organique. Deux de nos malades, dont l'actuelle, présentent des antécédents psychopathiques avérés. Tous nous ont paru d'une intelligence assez développée

et le fait qu'ils ne tombent pas dans le délire témoigne d'une résistance mentale qu'on ne trouve ni chez les débiles, ni chez les paranoïaques, ni chez les grands surmenés ou intoxiqués.

Cette forme particulière d'obsession serait surtout tributaire de l'intensité du processus organique qui toucherait, dans son ensemble, la fonction de relation entre l'élément sensitivo-sensoriel et l'élément intellectuel, fonction d'ordre éminemment affectif où viennent se confondre la sensation et le sentiment. Libérée de ses mobiles affectifs, l'activité intellectuelle « tourne à vide », pourrait-on dire d'une façon vulgaire, mais qui fait image, d'où la monotonie du thème obsédant, sa résistance à toute logique.

Mme V..., âgée de 26 ans, concierge, vient consulter à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Antécédents héréditaires : père vivant bien portant. Mère morte à 46 ans (pleurésie ?). Du côté maternel : alcoolisme. Grand'mère paternelle neurasthénique. 1/2 frère arriéré. Une cousine idiote.

Antécédents personnels : Née à terme. Convulsions à 18 mois. A 5 ans, opérée d'une hernie. Pas de retard dans le développement. Certificat d'études primaires à 12 ans. Certificat d'enseignement supérieur à 18 ans.

Peu de temps après, crise de neurasthénie (céphalées violentes, pleurs, tristesse, vertiges, bouffées de chaleur). Réglée à 14 ans. A toujours été timide, rougissait facilement, en avait peur. Mariée depuis 5 ans. Vie conjugale et sexuelle normale. Deux filles : 3 ans 1/2 et 2 ans. Varices pendant les grossesses. Hémorragies abondantes au cours des deux accouchements. Depuis, deux fausses couches dont la dernière provoquée il y a quelques mois.

Le début de la maladie s'est effectué brusquement, à la fin du mois de janvier dernier. Au décours d'une grippe avec forte température, après quelques malaises physiques (craquements dans la tête, douleur le long de la colonne vertébrale, refroidissement des extrémités), la malade éprouve une impression subite de néant :

« D'une minute à l'autre je n'ai plus rien senti, comme si ma tête s'était vidée, je n'avais plus que la parole en moi ».

« J'ai eu peur : je me suis dit que j'étais perdue ».

« Depuis ce jour-là, je suis métamorphosée. Je n'ai plus aucun sens, aucune satisfaction, aucune envie de quoi que ce soit. J'ai le cerveau anesthésié. Ma pensée ne correspond plus à ma parole. »

Poussées d'angoisse :

« La peur me prend tout à coup. J'ai l'impression que je vais quitter la vie tout à fait. J'ai encore le souffle, la respiration ; la mort m'en privera. »

A trois reprises différentes, depuis février, pendant une heure chaque fois, Madame V. a la sensation que le vide cérébral s'est comblé et qu'elle est redevenue comme tout le monde.

« Je refaisais tout comme auparavant. Je sentais comme autrefois. J'étais contente : je me croyais guérie. »

L'idée de négation se précise :

« Je flotte dans l'espace ; je ne sais pas où je suis. Pour les autres, je continue à faire les mêmes gestes qu'autrefois. Je ne suis plus rien : rien ne me touche sous les sens. Quand j'embrasse mes enfants, c'est comme s'ils étaient en pierre. »

« Je n'ai plus la faculté de rire. Je ris sans en avoir le sentiment. Hier, j'ai appris la mort de ma belle-sœur : j'ai pleuré pour la forme. Autrefois, cette mort m'aurait peinée. Aujourd'hui, elle m'indiffère. »

« Quand on me parle, je me rappelle de tout : par quoi je ne sais pas. J'aimerais mieux être morte : je ne serais pas plus néant que je suis. »

L'idée de transformation corporelle s'ébauche :

« Je suis là comme une masse. Quand je me regarde dans une glace, je ne sais pas qui c'est. Je me dis que c'est un mannequin quelconque : je suis un bâton qu'on aurait habillé. »

Trouble de la notion du temps :

« Les jours, les mois : ce sont des années pour moi ».

Examen physique : a maigri de 8 kilogs depuis 4 mois. Les règles sont diminuées, durent 2 jours au lieu de 8. Circulation périphérique déficiente. Troubles vaso-moteurs : alternance de pâleur et de rougeur de la face, dermographisme.

T. A. 8-13. Pouls, 80. B.-W. négatif dans le sang. Kahn, négatif. Meinicke négatif. Urée sanguine sans excès. Métabolisme diminué de 5 0/0. Ponction lombaire : L.C.R. tension 33-22.

Albumine 0,20 ; globuline : R. Pandy, 0 ; R. Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 0,2.

Benjoin, 00000.02221.00000.

B.-W. négatif.

R. de Meinicke négatif.

La malade aurait présenté depuis janvier, à trois ou quatre reprises, des accidents syncopaux à type comitial.

M. Marchand. — Pour moi, il ne s'agit pas du tout d'obsession. Il s'agit d'une dépression consécutive à une grippe, avec interprétation de cette dépression et réactions mélancoliques. Contrairement à M. Mallet, je fais un très bon pronostic, à la condition que la malade soit traitée énergiquement, c'est-à-dire internée, afin de prévenir tout suicide et d'imposer l'alitement et la thérapeutique nécessaires.

M. Henri Ey. — Deux faits plaident contre l'association d'une sensation véritable, au sentiment de dépersonnalisation de tels malades. C'est, d'une part, le fait que jamais les malades qui ont des troubles objectifs de la sensibilité par lésion nerveuse, médullaire ou thalamique n'ont le sentiment de la dépersonnalisation, et, d'autre part, le fait qu'inversement jamais on ne constate de troubles de la sensibilité objective chez les dépersonnalisés. M. Janet cite cet exemple caractéristique d'une malade qui dit ne plus sentir son intestin, et demande néanmoins à s'absenter pour satisfaire le besoin d'évacuation qu'elle éprouve.

M. Georges Dumas. — Les malades dépersonnalisés ont perdu la frange affective qui accompagne toujours le moindre de nos actes, même le plus intellectuel, le plus abstrait. Mais rien ne prouve que cette perte ait un rapport quelconque avec un trouble de la sensibilité. On ne trouve chez ces malades aucune modification objective de la sensibilité. Et on n'agit pas sur les troubles subjectifs dont ils se plaignent quand on agit sur cette sensibilité. Ils distinguent très bien les sensations douloureuses ou gênantes qu'on détermine en eux. On passe au collodion le dos d'un hypocondriaque qui se plaint de ne plus avoir de dos, et il s'empresse de demander qu'on lui enlève cette carapace dont il est gêné comme l'est un homme normal.

M. Raymond Mallet. — Je ne suis pas aussi optimiste que M. Marchand, mais je serais heureux que la malade consentît à être traitée par lui, à la condition qu'il la ramène ici dans quelques mois. Je persiste à croire, contrairement à lui, qu'il ne s'agit pas d'une mélancolie. C'est une déprimée, mais non une délirante, et sa dépression est semblable à celle des obsédés que j'ai vus. D'ailleurs, son passé révèle la présence d'obsessions.

Le fait que l'on ne trouve pas chez un individu donné des troubles de la sensibilité objective, ni des sens, n'est pas une preuve que les sensations anormales dont il se plaint sont imaginaires, surtout quand on constate chez lui des perturbations physiques évidentes. Chez l'obsédé, on note une atonie musculaire portant surtout sur les muscles lisses (leiasthénie de Lœper et Bauman), des troubles vasomoteurs, des troubles sudoraux, des poussées d'urticaires, d'eczéma, etc... de l'angoisse dont l'imagination ne peut pas déterminer l'apparition. Est-on en droit de nier la sensation née de ces troubles ? Et quand, au lieu de généraliser son sentiment de dépersonnalisation à tout son être, en disant : « Je ne vis plus, je suis une autre per-

sonne. », le malade le localise sur un seul organe, déclarant : « Je n'ai plus de cœur, plus d'estomac », n'est-ce pas la preuve alors que le sentiment de dépersonnalisation recouvre une sensation bien précise ?

Un cas de délire à deux, type Régis ? *Délire de persécution simultané chez deux conjoints atteints de cécité*, par MM. Th. Simon et J. Rouart.

Le mari, âgé de 49 ans, présente une cécité bilatérale complète. Il ne sait à quel âge a commencé la cécité de l'œil droit, mais se souvient de l'avoir découverte par hasard en se bouchant l'œil gauche avec la main et d'avoir éprouvé alors une forte émotion. Il ne fit part à personne de ce fait. A 9 ans un traumatisme de l'œil gauche supprima toute vision.

Après avoir passé le brevet simple il compléta sa culture par autodidactisme et put être professeur pendant 14 ans dans une école d'aveugles. Il sait plusieurs langues étrangères et possède une certaine éducation musicale.

Depuis 13 ans il remplit à l'association V.-Haüy les fonctions de secrétaire, répondant à des lettres concernant des sujets très divers. On y était très satisfait de ses services.

D'un premier mariage en 1921, avec une masseuse aveugle, décédée en 1923, il eut un fils, actuellement âgé de 11 ans, et à peu près aveugle, lui aussi, à la suite, paraît-il, d'un décollement de la rétine.

Il connut à l'association V.-Haüy une femme presque complètement aveugle, qu'il épousa en 1927 et qui fut l'objet avec lui du récent internement.

La femme est âgée de 44 ans. Enfant naturelle, elle ignore tout de son père et semble en assez mauvais termes avec une demi-sœur, fille légitime de la même mère.

Ses troubles visuels seraient apparus à 18 mois, à la suite de convulsions. Elle aurait été opérée de la cataracte à Lille, à l'âge de 9 ans. Depuis cette intervention, sa vision, dit-elle, est d'un peu moins d'1/20° et s'est peu modifiée.

Elle fit de bonnes études dans une école d'aveugles à Arras, de 10 à 22 ans, et elle y apprit la musique, qu'elle enseigna ensuite dans diverses institutions religieuses où elle tenait avec compétence les orgues.

C'est avec bienveillance qu'elle accueillit dans son ménage le fils de son mari ; elle a pour lui un grand attachement, lequel est partagé.

Au début de 1930, 3 ans après le mariage, commença l'histoire délirante. Le mari avait un ami, M. P., lui aussi aveugle et époux d'une aveugle. Les deux ménages furent très liés et notre malade leur fit le meilleur accueil, considérant M. P. comme un peu aigri par son

infirmité relativement récente et par des revers de fortune. Il était, et cela nous fut confirmé, d'un caractère un peu susceptible et brutal. Néanmoins nos malades furent très obligeants ; il attirèrent même dans l'immeuble qu'ils habitaient cet autre couple qui devint ainsi voisin de palier.

En août 1929 les époux Tou... prêtèrent aux P., sans exiger de papiers, une somme de 1.500 francs avec échéance de 4 mois, et, au bout de ce temps, accordèrent un nouveau délai. Cependant la femme poussait à réclamer la somme son mari hésitant. Elle avait l'impression que leur débiteur les fuyait, ne s'asseyait plus sur le même banc qu'eux dans l'avenue où ils faisaient leur promenade commune. Son mari partageait cette opinion. Préoccupés de l'avenir de l'enfant, estimant que cet argent leur serait bientôt nécessaire pour assurer son éducation, ils en demandèrent le remboursement, immédiatement effectué d'ailleurs par M. P. avec les intérêts. Mais celui-ci se plaignit d'avoir été obligé de vendre à perte quelques valeurs, estima que ses amis avaient manqué de confiance et refusa une invitation qu'ils lui firent.

A partir de ce moment (fin 1930) les faits deviennent plus immédiats. Ce furent des plaintes perpétuelles de P. contre les odeurs de cuisine se dégageant de l'appartement des T., odeurs de « raclure, de ragougnasse », des sifflotements moqueurs lors du passage des époux T. dans le vestibule. Tous les gestes de P. apparurent à la faible vision de Mme T. comme insultants, les rencontres et légères bousculades fatales entre ces aveugles furent, de part et d'autre, considérées comme intentionnelles.

Des injures échangées et probablement réelles constituent les propos habituels de ces deux ménages. La femme est appelée « vache, salope, fumier, poubelle » ; elle s'entend menacer d'avoir la langue coupée pour « faire taire sa sale gueule ». Le mari entend « hystérique d'église, fiasque de cardinal ». Des altercations surgissent à propos de priorité dans les W.-C., à la fontaine, dans l'escalier commun. Une gifle est reçue par M. T. La concierge se joint aux persécuteurs, les autres locataires deviennent très froids.

Notre ménage se plaignit à l'association V.-Haüy, puis au commissariat. Ils reçurent le conseil de déménager. Ils le suivirent et changèrent, le 31 décembre 1931 de domicile et de mode de persécution.

Les persécuteurs devinrent innombrables et anonymes. Dans la rue, au marché, et plus tard à l'association V.-Haüy, des propos étranges sont tenus ; des moqueries, des allusions inquiétantes sont entendues. Certaines semblent véritablement hallucinatoires telles que : « ce n'était pas la peine de déménager », « les voilà », « va te voir au cinéma ». On en arrive par signes à leur désigner un cinéma où doit passer un film qui, sans doute, les tourne en dérision. Des gestes bizarres sont vus par la femme dont la vision défectueuse est perpétuellement à l'affût. On jette des détritus devant leurs pieds. A leur domicile ils font des pseudo-constats : la lumière électrique fut allu-

mée pendant leur absence, on a fixé la suspension mobile, on a fait des plis au tapis de table, etc...

Dans le nouvel immeuble tout le monde était aimable à l'arrivée, mais bientôt personne ne leur adressa plus la parole. « Ce qui nous a fait ouvrir les yeux, dit la femme, c'est le vide fait autour de nous en quelques jours. »

A l'Association la femme interprète le moindre geste, entre brusquement dans les bureaux, y fait des scènes, des récriminations violentes. Le mari est un peu plus calme.

Les propos et allusions n'ont pas cessé d'être entendus jusqu'à la convocation devant le juge de paix qui provoqua l'internement. Ces malades affirment l'un et l'autre n'avoir jamais perçu d'injures directes mais toujours des allusions.

Toutes ces persécutions sont dues à P. qui a prévenu tout le quartier. Ainsi l'affirment les nombreuses lettres adressées aux autorités.

Depuis un an les époux T. sont brouillés avec presque tous les membres de l'association Valentin-Haüy.

A l'occasion de ce délire à deux nous avons revu rapidement quelques travaux sur la question. Deux théories paraissent les résumer. Historiquement la première en date est la communication de Lasègue et Falret, en 1877. Selon ces auteurs *la « contagion de la folie »* n'est possible que dans certaines conditions spéciales qui entraînent secondairement quelques caractères également particuliers :

1° Existence d'un sujet délirant actif, plus intelligent que l'autre, et qui impose progressivement son délire au second, celui-ci devenant l'élément passif.

2° Vie commune dans un même milieu ; même mode d'existence, mêmes espérances, mêmes craintes, mêmes intérêts.

3° Un certain caractère de vraisemblance dans les éléments du délire.

4° Une guérison plus ou moins rapide du sujet passif une fois que celui-ci est séparé de son congénère.

En 1880 Régis insista sur la nécessité de distinguer deux types :

A. Un délire à deux, dans lequel l'un des sujets n'adhère que plus ou moins aux conceptions délirantes de son partenaire, en raison des difficultés où il se trouve d'en discuter les données. C'est alors, par une sorte de crédulité, qu'un enfant, un débile, un dément sont victimes de la contagion.

B. La véritable « folie à deux » serait essentiellement caractérisée par un délire partiel, ordinairement de persécution, sur-

venant *simultanément* chez deux individus franchement héréditaires ou simplement prédisposés, et cela en vertu :

1° de cette prédisposition morbide ;

2° du contact intime et perpétuel dans lequel ils vivent ;

3° d'influences occasionnelles qui agissent à la fois sur eux et jouent, à l'égard de la production de leur délire, le rôle de causes déterminantes.

Régis reproche à Lasègue et à Falret d'avoir surtout étudié la première variété qu'il étiquette « folie communiquée », et il s'attache à la description de la seconde pour laquelle il propose les termes de « folie simultanée ».

La différence essentielle réside dans l'existence ou non d'un sujet actif, plus intelligent, indispensable pour les premiers auteurs, tandis que la coïncidence de certaines circonstances suffirait à créer la simultanéité pour Régis.

Dans quelle mesure le délire de nos deux malades est-il conforme à l'un ou l'autre de ces deux types ?

1° L'élément le plus actif paraît bien être la femme. Tout d'abord nous avons constaté que c'est après le mariage que l'amitié des deux hommes aveugles se modifie, tandis qu'elle avait paru jusque-là inaltérable. L'intimité devient plus grande pendant un temps, mais bientôt la méfiance lui succède. Mme T. semble l'alimenter, rappelle à son mari l'absence de papier prouvant le prêt d'argent, le pousse à en réclamer le remboursement...

Plus tard c'est encore elle, qui, revenant du marché, rapporte à son mari les allusions, les attitudes dédaigneuses et froides, les réponses faites du « bout des dents ». Celui-ci les discute ; et, s'il se déplace un jour pour « aller voir lui-même », il commence par critiquer. Toutefois, son rationalisme n'arrivant pas à bout de ces problèmes étranges, le doute s'éveille en son esprit. Il retentit peut-être un peu sur les convictions de sa femme et tous deux s'entendent pour le formuler comme il suit : « Nous n'avons pas eu l'idée que c'était pour nous, mais nous avons trouvé cela bizarre. »

D'autre part, de nos conversations, résulte l'impression très nette que le mari est plus intelligent que la femme. Nous n'avons pas utilisé de tests proprement dits, mais le raisonnement et le jugement de cet homme, joints à quelques épreuves de calcul, ont été supérieurs à ceux que les mêmes modes d'examen nous ont montrés chez sa femme. D'ailleurs cette différence nous paraît trop faible pour entrer en ligne de

compte comme dans les cas de contagion où l'un des deux sujets est débile ou dément. Ce fait serait en contradiction avec la théorie classique d'après laquelle l'élément actif serait plus intelligent.

Accorderait-on plutôt la prédominance au plus sthénique ? Alors la femme, de nouveau, occupe le premier rang : par ses récriminations, ses constatations, ses démarches, elle a vraiment une force particulière. Seulement peut-on accepter que ce caractère suffise à lui seul à entraîner la conviction du mari, puisque, dans l'entourage, personne d'autre pourtant n'en est dupe ?

2° Le rôle des circonstances conditionnelles coïncidentes nous a paru plus important.

Passons-les en revue successivement :

1) *L'hérédité.* Les recherches que nous avons conduites à ce sujet ne nous ont montré rien que d'assez lointain (suicide d'un oncle maternel) chez le mari. Chez la femme une présomption résulte du doute inhérent à la paternité.

2) Dans leurs antécédents personnels, de toute façon, pas d'état paranoïaque constitutionnel appréciable.

3) *Contact intime et perpétuel.* Cette condition, signalée par les classiques, est réalisée complètement. L'infirmité des malades l'exige, et le mari est guidé dans les rues par la faible vision de sa femme, seule vision qu'ils aient pour deux et dont il lui est impossible de critiquer les données. Il ne peut qu'accepter celles-ci avec les illusions et les erreurs qu'elles comportent.

4) La part des circonstances que constituent des *anomalies de situation vitale, familiale ou sociale* est considérable dans le cas de nos deux malades. Il est bien évident que, chez la femme, l'infériorité visuelle, l'illégitimité de la naissance, et, de ce fait, le désaccord avec sa demi-sœur, fille légitime de la même mère, qui cessa de voir la malade dès l'âge de 10 ans, aussitôt après la mort de leur mère commune..., tous ces états n'ont pu avoir qu'un fort retentissement affectif. Mais l'homme n'en fut point exempt, à ne considérer que le choc ressenti par lui lors de la constatation de sa cécité unilatérale, événement dont il donne avec précision tous les détails ; plus tard, la perte du second œil, redoutée pendant deux ans, n'a pas dû remuer moins profondément son affectivité.

Chez tous deux la cécité n'est-elle pas d'ailleurs suffisante à provoquer une certaine méfiance, au début justifiée par la brusquerie de leur voisin, ensuite renforcée par leurs doutes réciproques ?

Enfin, l'autodidactisme, dont on a mis le rôle en évidence dans l'éclosion de la paranoïa, ne manque pas à nos malades dont les connaissances étendues n'ont plus qu'une fin : reporter leurs aspirations vers une virtuosité musicale compensatrice sur le fils, dont les études en cette branche sont par eux poussées, nous dit-on, jusqu'au surmenage.

En résumé, si la femme, moins intelligente, et dont les anomalies familiales et sociales paraissent plus importantes, a pu faire un délire plus riche en croyances erronées, l'homme, placé dans des circonstances analogues, obligé d'intégrer à sa personnalité les données visuelles de sa femme, mais plus critique, se trouvait également dans des conditions optima de délire. Il a lui-même perçu des phénomènes sensoriels étranges, fait des constatations inquiétantes, et parfois en l'absence même de son épouse. Nous le considérons donc comme délirant lui-même et non comme un simple élément induit d'un délire à deux, type Falret.

Ajoutons pour terminer que ces considérations ne font entrer en jeu qu'une pathogénie toute psychologique du délire, qui constitue un véritable « délire de circonstances » ; c'est, à notre avis, un autre point intéressant, le type Falret se prêtant davantage à l'hypothèse d'un délire d'origine organique chez l'élément actif, et dont précisément le délire du sujet passif différerait alors plus ou moins. Délires de circonstances, ces troubles paraissent enfin par là-même susceptibles de s'amender assez rapidement (1).

M. Lévy-Valensi. — Un premier point à mettre en évidence est que la femme est ici l'agent actif du délire, bien qu'elle soit beaucoup moins intelligente que le mari. Cela d'abord parce qu'elle avait constitutionnellement un mauvais caractère, alors que le mari était foncièrement bon, ensuite parce qu'elle a conservé un vingtième de vision, ce qui détermine chez elle des illusions et des erreurs sensorielles à l'action desquelles échappe le mari, du fait de sa cécité complète.

Un deuxième point concerne l'évolution du délire, car l'enquête m'a appris, pendant qu'ils étaient dans mon service, que ce ménage fut réellement l'objet de brimades de la part de leur voisin et débiteur insolvable, comme c'est fréquemment le cas dans la vie. Le délire n'a éclaté que plus tard, après leur déménagement.

(1) L'homme pouvait en effet être mis en liberté peu de jours après son placement. Et, bien que la femme fût encore internée, déjà à la même époque son délire à elle aussi paraissait en voie de décroissance.

Un dernier point concerne l'opportunité de l'internement. Il est certain que le délire du mari disparaîtrait immédiatement si on le séparait de sa femme. Mais ce serait inhumain de renvoyer cet aveugle seul dans la société. Je crois qu'étant donné l'absence de toute réaction dangereuse à l'égard de leurs prétendus persécuteurs, les deux époux pourraient être rendus maintenant à la liberté.

M. Georges Dumas. — Ce n'est pas le niveau de l'intelligence, ce sont la tension de l'état affectif, l'expansion du caractère qui, dans un délire à deux, font de l'un des deux délirants l'agent actif. Ce n'est pas le plus intelligent mais le plus passionné, le plus opiniâtre qui suggestionne l'autre. C'est la femme qui, dans la majorité des cas, agit sur l'homme. J'ai vu un brave homme être interné six fois pour un délire qui disparaissait rapidement dès que l'internement l'avait séparé de sa femme, alors que celle-ci, malgré la persistance du même délire, trouva le moyen, grâce à ses réticences, de rester toujours en liberté. « Je vais reprendre la sale maladie de ma femme », finit-il par dire à l'une de ses dernières sorties. Quelque temps après, il fut le premier à déclarer qu'il était fou, parce que s'étant entendu appeler cochon sur une place, il avait constaté en se retournant qu'il était tout seul.

Dans le cas actuel, le milieu clos dans lequel leur cécité fit vivre ces gens est cause en partie de leur délire. Ils n'ont pas, pour réduire leurs interprétations et distraire leur imagination, les perceptions visuelles et ce qu'elles comportent d'activité. La cécité les isolait, semblable à la séquestration volontaire que s'imposa en arrivant à Paris une famille de provinciaux incultes et méfiants dont Roy a rapporté l'histoire il y a quelque 30 ans dans le *Journal de psychologie*. A la faveur de cet isolement, la mère, le père et la fille firent un délire de persécution qui eut des conséquences tragiques, mais qui disparut au bout de quelques jours d'internement.

Peut-on, dans ces délires à deux, distinguer, d'une part, ceux où il y a répétition passive des affirmations délirantes d'un sujet par l'autre, comme le dit Falret, ce qui prouverait le rôle que Tarde attribue en sociologie à l'imitation, d'autre part, ceux où il y a collaboration active des deux sujets au délire, comme le dit Régis, ce qui confirmerait la conception de Durkheim sur l'identité des contraintes sociales imposées à des individus qui réagissent de la même façon sans se copier ? Je ne le crois pas. En tout cas, sur 27 cas de délires à deux, je n'en ai pas trouvé un seul où la contagion d'une psychose puisse être affirmée. Il y a des contagions d'idées, mais non de maladies mentales.

Méningiome temporal ayant simulé une paralysie générale,

par MM. G. DEMAY et J.-R. CUEL.

Les cas de tumeurs cérébrales qui se sont manifestées par des troubles mentaux rappelant la paralysie générale ne sont pas rares, mais il s'agit ordinairement de tumeurs frontales, et l'affaiblissement intellectuel n'est pas toujours aussi accentué que dans la maladie de Bayle.

Dans l'observation que nous rapportons ici, une tumeur temporo-pariétale a réalisé un syndrome paralytique particulièrement net, avec dysarthrie, démence globale, gâtisme, sans aucun signe de localisation, en particulier sans troubles aphasiques.

P... Annette, veuve M..., âgée de 53 ans, entre à Maison-Blanche le 30 juillet 1932 avec les certificats suivants :

« Est atteinte d'affaiblissement psychique. Amnésie, désorientation. Inconscience de l'état morbide. Automatisme mental et idées délirantes de persécution mal systématisées. Hallucinations auditives. Injures. Propositions obscènes. Echo des actes, écho de la pensée. Hallucinations génitales, on la viole à distance. Interprétations pauvres. On la vole, on prend ses clés, ses papiers. Propos incohérents et absurdes. Agitation par intervalles. Dysarthrie. Tremblement digital et lingual. Vivacité des réflexes tendineux. Légère inégalité pupillaire avec bonnes réactions. Mari mort interné pour paralysie générale. Paralytique générale avec syndrome d'automatisme mental et délire paranoïde. »

Dr HEUYER.

« Est atteinte de paralysie générale avec hallucinations et idées de persécution, propos peu suivis ; accrocs de la parole et inégalité pupillaire. Mari interné à Bicêtre en 1928 pour paralysie générale. »

Dr SIMON.

A l'arrivée à l'asile, l'aspect clinique est, en effet, celui d'une paralysie générale avancée : la malade est désorientée, ne peut donner aucun renseignement, même sur son état civil ; ses réponses sont imprécises, parfois simplement ébauchées, souvent incohérentes, traduisant les troubles de la mémoire et l'affaiblissement psychique: (« Vous le savez bien, vous savez mieux que moi puisque c'est vous, puisqu'on dit que je ne sais pas... On change tout le temps... On change toujours les noms... C'est toujours la même répétition puisque je vous le dis toujours... Je ne peux pas parler avec les autres, on est toujours tuée... On dit que j'ai été malade, on ne peut pas être malade, on ne doit pas l'être car on meurt avant »). Elle manifeste des idées de persécution d'ailleurs très pauvres : « Ce que je pour-

rais répondre, c'est contre moi ; c'est toujours moi qui suis accusée de tout ; le monde me met du mal sur moi ». Certaines expressions indiquent la possibilité de troubles sensoriels : « On dit que je vole, on m'empêche de parler, on me met quelque chose dans la nourriture ». Il existe des troubles de l'humeur : irritabilité pleurs.

Au point de vue physique, pupilles légèrement déformées mais réagissant à la lumière et à l'accommodation, instabilité linguale. Parole lente, avec des achoppements. Réflexes rotuliens vifs, amples. Réflexe cutané plantaire en flexion à gauche, aboli à droite. Tremblement intentionnel du membre supérieur droit.

La malade est gâteuse, ne mange pas seule.

Nous hésitons d'autant moins à poser le diagnostic de paralysie générale que le mari, mort il y a 2 ans, a été interné à Bicêtre comme paralytique général, que d'après l'entourage, les troubles psychiques de Mme P... évoluent depuis environ 4 ans, se sont manifestés au début par de la « neurasthénie », que l'embarras de la parole existe depuis 2 ans, que la malade, après ponction lombaire, a suivi un traitement par injections intra-veineuses à l'hôpital Lariboisière.

Le résultat des examens humoraux vient tout remettre en question : réactions de B.-W. et de Meinicke négatives dans le sang et dans le L. C.-R., Benjoin colloïdal 11100.00000.00000 ; dissociation albumino cytologique avec 0,90 d'albumine, 2 leucocytes, R. de Pandy positive, de Weichbrodt 0.

L'examen du fond de l'œil n'a pu être fait en raison de l'indocilité de la malade.

Les urines contiennent de l'albumine. Azotémie : 0,80.

Cet état persiste sans grandes modifications pendant le premier mois de l'internement. Voici un extrait de l'interrogatoire, fin août.

Au médecin : « Monsieur, ou Madame, car je ne sais pas... On me dit toujours, il faut dire Monsieur ou Madame.

Ici depuis ? Il y a bien longtemps ; à chaque instant ils viennent.

Date actuelle ? Oh ! Madame, ça date (*Dysarthrie*).

Où êtes-vous ici ? Je suis... comment donc... là.

Avez-vous de la famille ? Je ne sais pas.

Votre âge ? Je vous le dis, c'est tout le temps remis.

Age ? On dirait que j'ai toujours vécu à la même date.

Etes-vous mariée ? Ben... je... je ne... je ne... oh !

Fortune ? Oh ! non, Monsieur, je n'en ai pas.

Parents ? Non plus.

Malade ? Sans doute, je ne sais pas.

Autrefois ? Proba...blement (achoppement).

Comprend bien les ordres simples.

Incapable d'écrire (gros tremblement) ; fait le simulacre de tracer quelques lettres sans toucher le papier.

A partir de septembre la malade refuse tout aliment et doit être nourrie à la sonde (du 1er septembre au 21 octobre). L'attitude est

alors celle d'une anxieuse : fréquemment assise sur le lit, la figure contractée, poussant des gémissements. Le gâtisme persiste. L'affaiblissement intellectuel, la dysarthrie augmentent progressivement, la malade ne répond que par de grognements inintelligibles. Son état physique décline parallèlement. La courbe de poids est impressionnante, et fait de quinzaine en quinzaine une descente presque verticale, en trois mois, la malade maigrit de 20 k. Le jour du décès, 26 novembre, la température jusque-là normale, tombe à 35°1 et 35°5.

A l'autopsie, dans l'hémisphère gauche, au niveau de la zone temporo-pariétale moyenne, présence d'une masse néoplasique saillante, du volume d'une petite mandarine, bosselée ou peu régulière, dure, adhérente à la dure-mère et qui refoule la masse cérébrale sans l'infiltrer et sans y adhérer.

Un plan de clivage très net existe entre le cerveau et la masse tumorale. Celle-ci peut être détachée très facilement laissant à sa place une cavité arrondie, creusée dans le tissu cérébral refoulé.

A la coupe la tumeur se montre constituée par un tissu ferme, blanc rosâtre.

A l'examen microscopique, méningiome à cellules fusiformes typique de texture assez homogène, formant des tourbillons enchevêtrés. Stroma assez abondant. Présence de corpuscules hyalins peu nombreux, sans concrétions calcaires.

L'examen de la corticalité cérébrale en dehors de quelques aspects œdémateux dus vraisemblablement à la compression exercée par la tumeur, ne montre aucune altération d'ordre inflamatoire permettant de penser à une méningo-encéphalite coexistant avec le processus néoplasique.

Cette malade se présentait donc comme une paralytique générale, avec cette particularité qu'à l'affaiblissement psychique s'ajoutèrent, au début, des symptômes paranoïdes, puis des troubles dépressifs et anxieux allant jusqu'au refus d'aliments. Mais le diagnostic de paralysie générale ne paraissait pas douteux, si bien que le résultat négatif des examens biologiques fut une surprise. A ce moment, l'hypothèse d'une tumeur cérébrale fut envisagée, mais l'indocilité de la malade ne permit pas l'examen du fond de l'œil et la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien ne fut pas pratiquée. La dissociation albumino-cytologique ne s'accompagnait d'aucun signe clinique d'hypertension intracranienne. Au surplus, l'existence d'albuminurie et d'azotémie venait encore compliquer le problème et posait la question de lésions encéphalitiques d'origine vasculaire. Notons que le tremblement du membre supérieur droit et l'abolition du réflexe cutané plantaire du même côté pouvaient faire penser à une atteinte de l'hémisphère gauche.

On a vu qu'il existait de la dysarthrie. Par contre, pas de symptômes nets d'aphasie de Wernicke. Certes, l'état démentiel empêchait l'examen systématique du langage (de même que l'examen de la vision), mais les ordres simples, les questions étaient comprises. En dernier lieu, la déchéance intellectuelle fut totale.

En l'absence de lésions de voisinage, il est légitime d'admettre que les phénomènes de compression sont à l'origine de ce syndrome d'apparence paralytique. L'hypertension intracranienne ne paraît pas en cause, et d'ailleurs la malade a pu subir, sans inconvénients, plusieurs ponctions lombaires.

En résumé, méningiome de la zone temporo-pariétale moyenne de l'hémisphère gauche ayant déterminé un syndrome paralytique avec dysarthrie, troubles démentiels, sans aphasie sensorielle. Comme autres particularités, nous signalons :

les manifestations dépressives et anxieuses accompagnant l'affaiblissement intellectuel, fait conforme à l'opinion de Kennedy, de Claude et Baruk, sur la fréquence de l'anxiété dans les tumeurs temporales ;

la dissociation de la réaction des globulines, et à ce point de vue notre observation s'ajoute à celles de Périsson, Pollet et Bréaut, d'Ayala, de Schiff, Courtois et Pouffary, qui ont insisté sur l'intérêt de ce symptôme pour le diagnostic des tumeurs cérébrales ;

enfin, la cachexie rapide, la chute de poids accélérée, donnant une courbe qui se rapprochait de la verticale.

Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques,

par MM. P. Masquin, Mareschal et Altman.

Les deux malades que nous présentons à la Société nous ont semblé intéressants, non seulement à cause de leur parenté clinique, mais aussi à cause des particularités de leur évolution.

Le premier Jean L., 36 ans, chauffeur d'auto, a contracté en 1923 une encéphalite épidémique grave. Traité à la Pitié par le docteur Clovis Vincent il resta 3 jours dans le coma, puis 6 mois à l'hôpital. La diplopie, la somnolence furent alors très marquées.

Quelques années plus tard, le malade ne peut préciser exactement quand, s'installa à bas bruit un syndrome parkinsonien dont les premières manifestations furent une certaine maladresse dans les gestes et quelque lenteur dans l'exécution des mouvements.

C'est surtout à la face que l'hypertonie et l'asynergie furent le plus marquées.

L... était retourné dans sa famille et aidait de son mieux à l'exploitation d'une petite ferme que possédaient ses parents. Mais sa lenteur, l'expression figée de sa physionomie lui valurent bientôt quelques remarques, voire quelques sarcasmes.

On lui laissa entendre qu'il ne travaillait pas assez, qu'il était à charge aux siens. Peu à peu, le malade vit dans chaque phrase une « allusion », « un mot à double entente », l'hostilité paraît grandir autour de lui « tout le monde est contre lui dans sa famille. On le traite de paresseux, de malhonnête, ou, du moins, on le lui laisse entendre. » D'où violentes colères, altercations. Puis, le cercle de ses ennemis s'étend, il a d'autres difficultés avec le commissaire de police de Bayonne contre lequel il porte plainte entre les mains du procureur, jusqu'à ce que, lassé de toutes ces persécutions, il part pour Paris vers novembre 1932 et devient chauffeur de voiture dans une entreprise privée.

Vers décembre 1932, se déclanche un épisode fébrile qui oblige notre malade à garder la chambre.

C'est à ce moment qu'un soir, brusquement, il a l'impression « et même la réalité », dit-il, que des mains se posent sur lui, « lui tapotent l'épaule », « lui caressent le derrière ». Ces phénomènes se renouvellent toujours la nuit et dans l'obscurité.

Il entendait chuchoter : « Henri, tue-le ! tue-le ! » (remarquons en passant que notre malade ne s'appelle pas Henri). On arrache ses couvertures, on découd ses draps, on le tire par les pieds.

Aussi sort-il du lit, sa « maquilla » à la main et frappe-t-il de droite et de gauche sur ses ennemis imaginaires en les couvrant d'injures.

Les choses d'ailleurs s'aggravent rapidement. C'est un homme maintenant qui tout habillé, entre dans son lit « l'enlace par derrière » et le sodomise. En même temps l'agresseur répétait « tu me guettes, je te guette, je te tiens, tu me tiens. » Pour éviter ces agressions, L... restait habillé toute la nuit, assis sur une chaise, toute lumière allumée. Mais quand la lampe à pétrole vient à baisser, il voit, assis sur le chéneau, une tête d'homme avec une casquette qui se penche puis se retire dans l'embrasure de la fenêtre.

Les odeurs, les mauvais goûts bientôt s'en mêlent « on a frotté ses draps avec un derrière de femme, il l'a senti », il a senti aussi des odeurs d'éther de chloroforme, et ceci toujours la nuit.

La nuit également, son infusion d'eucalyptus a un goût de pétrole. Peut-être a-t-on voulu l'empoisonner, il n'en est pas sûr.

« A ce moment, dit-il, j'avais une forte fièvre, comme un brouillard devant les yeux, j'étais abasourdi. »

On devait également le *magnétiser,* car il entendait frapper trois coups et il *était obligé* de dormir.

La nuit aussi, des poux couraient sur son corps et il ne pouvait les attraper. A la lumière d'une veilleuse, il a vu, une nuit, une grosse

main rugueuse d'ouvrier qui sortait de sous son lit pour l'immobiliser. Il ne pouvait alors faire aucun mouvement.

Vers le 17 janvier, il va se plaindre au commissariat du XII^e^ qui lui conseille d'aller consulter à l'Hôpital Henri Rousselle où il est admis d'urgence. Là, il entend la nuit des gens qui disaient à haute voix : « A minuit, on va faire sauter la kasba ! » Il s'agite la nuit et somnole le jour. La surveillante note ses idées d'empoisonnement, son ton coléreux, grossier et protestataire par instant.

Les examens humoraux ne révèlent rien d'anormal.

Transféré à la Clinique nous constatons un syndrome parkinsonien surtout caractérisé par : des troubles de la parole à type palilalique et exagérés par l'émotion et des troubles oculaires. Pupilles inégales au profit de la droite. Argyll-Robertson. Exophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale à droite. Limitation de la convergence. Par contre le tremblement est léger, de même que l'hypertonie. Le faciès est figé, la mimique pauvre.

Peu à peu, ce délire onirique est allé en s'atténuant. L... a encore été vu quelquefois se réveillant en sursaut et criant : « L... est là ! » se croyant appelé. A l'heure actuelle, il est très amélioré, tant du point de vue neurologique que mental. Seuls persistent quelques reliquats post-oniriques mais il n'y a aucune ébauche de systématisation. La labilité de la croyance délirante est ici très nette.

*
**

L'observation de ce malade nous confirme quelques données intéressantes : apparition de troubles à caractère oniroïdes neuf à dix ans après l'accident initial. Eclosion de ces manifestations après une longue phase de troubles du caractère, d'interprétations délirantes, à la faveur d'un épisode fébrile qui paraît traduire une recrudescence de l'infection. Atténuation parallèle des phénomènes neurologiques et psychiques qui ne laissent pour leur part que quelques résidus post-oniriques. Signalons encore le caractère palilalique des hallucinations auditives de ce malade lui-même palilalique. Remarquons surtout certains caractères fondamentaux de cet état onirique : sa prédominance nocture ou vespérale, la présence d'illusions, de pseudo-hallucinations, de troubles cénesthésiques (sentiment d'agression corporelle, viol, électricité...), l'état confusionnel léger et transitoire, le *sentiment d'action extérieure* (sentiment de factice, d'étrange, d'étranger même plus que conviction solide de se trouver en présence de la réalité) l'anxiété qui accompagne ces états, leur forte charge érotique.

Le second malade que nous désirons vous présenter a ceci de

remarquable qu'il a mis huit jours à évoluer vers la guérison alors que notre premier malade, au bout de cinq mois, conserve encore quelques idées fixes post-oniriques.

Paul G., âgé de 32 ans, entre le 22 février à l'Hôpital Henri Rousselle pour un accès confusionnel à teinte dépressive.

Il a une lourde hérédité vésanique. Son frère s'est suicidé à 18 ans. Son père est atteint de psychose maniaque dépressive.

Une tante paternelle a été internée à Sainte-Anne.

Il a présenté lui-même en 1920-21, alors qu'il était au régiment, une encéphalite épidémique caractérisée par une légère diplopie, mais surtout par une somnolence très marquée. Pendant un mois environ, il dormait en tout lieu et à toute heure, pendant les marches. Un jour même, rentrant au camp, il est tombé endormi dans le fossé.

Malgré cela, il n'a jamais été hospitalisé, étant au régiment.

Sa femme raconte que depuis deux mois il s'est mis brusquement à soupçonner sa conduite. De plus, son comportement devint étrange et, tandis que les commandes affluaient il partait pêcher à la ligne et négligeait sa clientèle. D'autre part, lui qui n'avait jamais manfesté la moindre préoccupation religieuse, se mettait à fréquenter les églises, et parlait de faire baptiser son enfant.

Enfin, 15 jours avant son hospitalisation, il présenta des troubles cénesthésiques sous forme de picotements et de brûlures et prétendit qu'on l'électrisait.

Dans le service, le malade s'agite, appelle au secours, déchire sa couverture, refuse de s'alimenter et doit être maintenu.

Il est dans un état d'anxiété extrême. Sa température est de 38°5.

Il raconte que sa femme le trompe, qu'elle a accouché clandestinement d'un enfant (en réalité, c'est la belle-sœur du malade qui a accouché). Tout lui semble bizarre ; autour de lui, ce sont des défilés continuels dont il ne s'explique pas la cause ; les infirmiers, les malades sont reconnus par lui. La nuit, il entend des airs de musique sacrée. Il est plein « de pressentiments », « d'intuitions », de « pensées qui lui arrivent directement dans la tête ».

On lui fait revivre sa jeunesse avec une force extraordinaire. Il reçoit « des avertissements des dieux ou bien de l'Enfer ».

La nuit, il s'imagine qu'on veut assassiner quelqu'un et qu'il lui faut se porter au secours de la victime.

Huit jours plus tard, il rectifie spontanément toutes ses idées délirantes, explique sa conduite délirante par le sentiment qu'il avait « d'être dirigé », travaille régulièrement dans le service, réclame et obtient sa sortie.

A l'examen physique on constatait un faciès d'insuffisance pluriglandulaire, une obésité qui, à ses dires, avait été jusqu'à 98 kilogs. le faciès est figé, les battements de paupières sont rares ; le réflexe

naso-palpébral est très vif. L'hypertonie est légère aux 2 membres et non prédominante d'un côté.

Le malade à cette époque racontait que sa belle-mère, âgée de 69 ans, et jusque-là parfaitement honorable, s'était ces derniers temps abandonnée à la débauche, et avait eu, à la suite de rapports sexuels violents avec un boucher, une rupture du périnée. Dans le service, nous avions pensé qu'il s'agissait là d'une idée fixe post-onirique, d'autant que la femme du malade ayant eu, à la suite d'un accouchement, une déchirure du périnée, notre malade se reprochait vivement d'avoir eu avec elle des rapports anaux. Mais une démarche auprès du médecin de la belle-mère du malade nous confirma d'une façon absolue les dires de G... (? ?).

En résumé, si dans cette observation, se confirment les données classiques de l'éclosion du syndrome hallucinatoire environ 10 ans après l'accident initial, son début après une recrudescence de l'état infectieux, ainsi que la labilité des idées délirantes, nous devons insister tout particulièrement ici sur quelques symptômes importants.

C'est tout d'abord ce *sentiment d'action extérieure* encore plus net ici que dans le cas précédent, et l'importance prise par les pseudo-hallucinations, ces pressentiments, ces intuitions, ces pensées qui lui arrivent dans la tête, déroulement inépuisable et incoercible de souvenirs.

L'état confusionnel avec onirisme est dans ce cas particulièrement net et répond à ce qui a été décrit sous le nom *d'état oniroïde d'action extérieure.*

M. Schiff. — Le cas que vient de montrer M. Mareschal est presque entièrement superposable à ceux que nous avons décrits, il y a cinq ou six ans, sous le nom d'*hallucinose fantastique des encéphalitiques*. Il présente le même déroulement fantasmagorique d'images hallucinatoires, avec critique partiellement conservée, la même palilalie des paroles spontanées et des paroles hallucinatoirement imposées, le même caractère archaïque, étrange et polymorphe, la même brusquerie d'éclosion. La croyance en une possession homosexuelle par un succube se retrouve dans le cas de M. Mareschal comme dans le nôtre. Depuis, d'autres observations tout à fait semblables ont montré l'autonomie clinique de ce syndrome, qu'il faut considérer comme une psychose encéphalitique spéciale, dont les divers éléments se rencontrent presque constamment dans tous les cas, et qui aboutissent, après la phase aiguë, à une psychose hallucinatoire chronique banale.

Le seul point sur lequel le cas de M. Mareschal diffère des nôtres, c'est l'importance qu'y prennent, d'après lui, les éléments oniriques. Il s'agit de s'entendre sur l'emploi de ce terme, trop facilement utilisé parfois. En 1928, nous disions déjà que ces délires *s'apparentent* aux délires oniriques, mais qu'il fallait les en différencier. Le caractère coloré, fantastique, et changeant, de ces délires peut leur donner un aspect onirique sans qu'ils soient forcément des délires post-oniriques. Un déroulement ininterrompu d'images, aussi bien diurne que nocturne, ne suffit pas pour assigner une *origine* onirique à des délires qui ont seulement une *apparence* onirique.

M. Henri Ey. — Il me semble, au contraire, que l'onirisme et la confusion sont à la base de ces hallucinoses. C'est ce qui ressort d'une étude que le professeur Claude et moi sommes en train de faire. Je suis d'accord avec les auteurs et M. Schiff sur l'importance de l'élément sexuel dans les troubles psychosensoriels de ces états.

Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse post-encéphalitique, par MM. Paul Schiff et René Simon.

Nous montrons cette malade parce qu'elle a présenté :

1° un délire de grossesse post-encéphalitique ;

2° une transformation du délire de grossesse en zoopathie interne, le délire de « possession » par un enfant aboutissant au délire de possession par une bête ;

3° une cénestopathie intense, avec superstructure intellectuelle minime du délire.

Mme E... Céline a 28 ans. En 1918 elle a fait une encéphalite à forme oculo-léthargique. Dans les années qui suivirent, plusieurs rechutes avec somnolence, troubles oculaires et fièvre.

En 1927, surviennent différents troubles relevant de l'atteinte de la région infundibulo-tubérienne : accès de narcolepsie, crises de polyurie et de glycosurie intermittentes.

Des phénomènes parkinsoniens se sont manifestés à la même période : rigidité musculaire, perte des mouvements automatiques et associés, tremblement (peu marqué), troubles sensitifs, atteinte du système nerveux végétatif que traduisent la salivation abondante, les bouffées de chaleur, le visage à tendance séborrhéique.

La malade prétend que ces phénomènes parkinsoniens sont deve-

nus apparents après une chute d'une hauteur de 4 mètres sur le crâne. Elle prétend également que son ami est soigné pour une encéphalite dont la première atteinte daterait du début de leur liaison, alors qu'elle-même était encéphalitique depuis quatre ans. Les renseignements qu'elle donne sont trop imprécis, ses affirmations, sur ces deux points, trop variées, souvent même contradictoires, pour qu'on puisse affirmer la réalité de la contagion d'une part, du parkinsonisme encéphalitique post-traumatique d'autre part.

Signalons aussi que cette malade a été sujette à des crises d'hallucinations semi-conscientes à caractère fantasmagorique et qui rentrent entièrement dans le cadre de l'*hallucinose fantastique des encéphalitiques,* dont l'un de nous a signalé les premiers cas en France (1). Au cours d'un de ces accès hallucinatoires, la malade a fait une tentative de suicide.

En 1929, Mme E. commence un syndrome adiposo-génital. Elle engraisse régulièrement chaque mois, les fonctions génitales se sont pas encore trop perturbées, car en août 1931 elle accouche, mais d'un enfant macéré.

Depuis 1931, les troubles génitaux s'aggravent, la malade n'est plus réglée régulièrement, elle se plaint de frigidité.

En mai 1932, les règles disparaissent complètement et, dans les mois qui suivent, la malade pense qu'elle est enceinte parce qu'elle a eu des rapports avec son ami.

Parallèlement, l'infiltration graisseuse de l'abdomen et de la région lombaire s'accentue ; infiltration graisseuse également répartie, non douloureuse, donnant à Mme E. la silhouette d'une femme enceinte.

Au mois de décembre 1932, sa conviction est faite : elle est enceinte ; d'ailleurs, son abdomen augmente de volume régulièrement, et, d'autre part, elle présente des cénestopathies : sensations de mouvements internes, de reptation, de pincement, de déplacement qui lui permettent de localiser les différents pôles du fœtus. « Je le sens remuer », dit-elle. Elle fixe même une date à son accouchement, le 10 mars 1933.

Le diagnostic biologique de la grossesse reste négatif, ce qui ne serait pas décisif, étant donné l'atteinte probable de la fonction hypophysaire. Mais, en outre, des examens obstétricaux répétés confirment l'absence de grossesse réelle. Néanmoins, Mme E. reste inébranlable dans sa conviction, imperméable à tout raisonnement et à tous conseils ; elle réclame avec l'entêtement et l'importunité « visqueuse » des encéphalitiques son transfert à la Maternité.

(1) P. Schiff et A. Courtois. — Encéphalite épidémique chronique à forme psychose hallucinatoire fantastique. Hallucinations palilaliques. *Société de Psychiatrie* du 26 avril 1928 (in : *L'Encéphale*, XXIII, 1928, p. 467). — P. Schiff et A. Courtois. — Un nouveau cas d'hallucinose fantastique de nature encéphalitique. *Société de Psychiatrie* du 24 mai 1924 (in : *L'Encéphale*, XXIII, 1928, p. 538).

Le mois de mars, date de l'accouchement prévu par Mme E., se passe sans réalisation.

Au début d'avril 1933, réapparition des règles. La malade cherche alors à s'expliquer les raisons de l'augmentation de volume de son abdomen, les cénestopathies qu'elle localise au niveau de son utérus. Elle déclare qu'elle a une bête dans le ventre, elle en donne la description : bête allongée avec deux pattes à une extrémité, mais ne possédant pas d'yeux ; cette bête pèse au moins six livres, serait d'une coloration rouge. Mme E. précise qu'elle sent remuer la bête, qui a la tête en bas, ces dernières assertions sont variables et contradictoires.

La malade demande certains jours à ce qu'on l'opère et qu'on la délivre de la bête.

Nous insistons sur le caractère hésitant et labile de beaucoup d'affirmations de la malade, c'est pourquoi nous négligerons de discuter à son sujet le rôle qu'un traumatisme a pu jouer dans le déclenchement de son parkinsonisme : malgré la fréquence du parkinsonisme post-encéphalitique spontané, l'hypothèse d'un parkinsonisme post-encéphalitique traumatique ne nous paraît pas à rejeter *a priori* dans certains cas. De même, son histoire n'est pas propre à démontrer une contagion encéphalitique, que les constatations de l'un de nous, dans une grande commune suburbaine, portent à croire réelle (présence de blocs d'habitations à encéphalites).

Les points sur lesquels elle a montré une conviction tenace sont ceux de sa prétendue grossesse, avec le délire de possession par une bête qui lui a fait suite. Nous présentons Mme E. d'abord comme type de délire de grossesse au cours d'une encéphalite : nous n'en avons pas trouvé d'autre exemple dans la bibliographie. Et ensuite nous montrons la genèse d'un délire zoopathique à partir d'un délire de grossesse. Dans le cas de Mme E., on voit très bien les éléments constitutifs du délire de grossesse. Il ne s'agit pas du tout, croyons-nous, d'un délire d'imagination primitif, né d'une compensation affective, comme dans beaucoup des cas relevés par Vié et Bobé dans leur beau travail d'ensemble sur le délire de grossesse (1). C'est au trouble cénesthésique, très probablement dû (comme dans un cas pré-

(1) Vié et Bobé. — Les idées délirantes de grossesse. (*L'Encéphale*, XXVII, n° 6, juin 1932, p. 468).

cédent exposé par l'un de nous) (1), à l'encéphalite, que doit être rapportée l'idée inexacte d'une grossesse possible.

Cette idée de grossesse ne correspond pas à un désir de Mme E., pour qui un enfant né dans les conditions de maladie et de misère où elle se trouve serait une charge (c'est un des points sur lesquels elle a le moins varié). Cette idée de grossesse est rationnellement développée et appuyée par des éléments réels : développement rapide du pannicule adipeux abdominal, qui prend la forme de ventre en besace, aménorrhée.

Quand le délai de la grossesse a dépassé les limites des possibilités physiologiques, la conviction change. Les troubles cœnesthésiques, l'adiposité abdominale persistent, et la malade semble avoir abouti à l'idée de zoopathie par un besoin de rationalisation élémentaire. Dans ce cas, comme dans ceux qu'ont publiés Mlle Serin (2), M. Petit et Mlle Martrille (3), et plus récemment M. Mallet et ses collaborateurs (4), l'élément imaginatif et affectif semble faible et le système délirant réduit à un minimum.

M. Raymond Mallet. — Ce cas confirme bien ce que j'affirmais dans ma précédente communication sur la cénesthésie. Nombreuses sont les observations où la base organique des plaintes des psychopathes ne s'est révélée que tardivement. Telle cette hypocondriaque se plaignant d'un corps étranger dans l'œsophage, chez laquelle on finit par découvrir à la radiographie une ectasie de l'aorte.

(1) Schiff (P.), Dupouy et Mme Réquin (J.). — Idées de négation dans un cas d'encéphalite épidémique chronique. *Soc.. clin. Méd. ment.* 17 mars 1924.

(2) Mlle Serin. — Délire hypochondriaque d'involution à type zoopathique chez un diabétique fruste (*Société de Psychiatrie*, 20 octobre 1927, in : *L'Encéphale*, 1927, p. 721).

(3) Petit (G.) et Mlle Martrille. — Délire de zoopathie interne consécutif à une castration utéro-ovarienne par roentgenthérapie (*Société de Psychiatrie*, 24 janvier 1929, in : *L'Encéphale*, 1929, p. 292).

(4) Mallet (R.) et Male (P.). — Délire cœnesthésique. *Soc. Méd.-Psychol.*, 28 juill. 1930, in : *Annales Médico-Psychologiques*. LXXXVIII, T. II, p. 198. — Mallet (R.) et Male (P.). — Délire cœnesthésique. Prurit hallucinatoire. *Soc. Médico-Psycol.*, 12 mars 1931, in : *Annales Médico-Psychologiques*, XC, 1931, p. 272. — Mallet (R.) et Gouriou (P.). — Délire cénesthésiques. *Société Médico-Psychologique*, 28 mai 1931, in : *Annales Médico-Psychologiques*, XC, 1931, p. 521. — Mallet (R.). — Autocon duction, au omatisme, cénesthésie. *Ann. Méd.-psychol.*, juillet 1932.

Erythrémie avec accès de cataplexie, de chorée et de confusion mentale, par MM. Paul Schiff et René Simon.

Mme B. est âgée de 78 ans. Bien portante jusqu'à ces dernières années nous raconte sa fille, elle est atteinte subitement de paralysie en 1928 : paraparésie des quatre membres avec hypotonie, sans atteinte profonde de l'état général. La récupération des fonctions motrices se fait en quelques semaines et de façon complète.

A la même date est apparue une érythrose qui a persisté constamment depuis. Actuellement, cette femme a un visage de teinte rouge, sans cyanose vraie, plus nette certains jours, lui donnant alors un aspect enluminé. Cette érythrose n'est pas localisée elle atteint également les extrémités, les muqueuses du pharynx, les conjonctives palpébrales.

Les veines superficielles au niveau du thorax et de l'abdomen sont dilatées, au membre inférieur elles présentent de volumineuses varices.

La malade a eu, ces dernières années, quelques épistaxis et une hématurie. Elle s'est plainte de douleurs au niveau des membres inférieurs survenant par crises, s'accompagnant de gonflement local et de cyanose. L'examen du sang, fait par Mlle Salamon, montre une augmentation du nombre des hématies qui atteint 6 millions 800 mille globules rouges ; ceux-ci se présentent comme des éléments adultes et normaux. Les éléments blancs sont également augmentés, atteignant le chiffre de 16.000, mais l'augmentation porte sur les éléments myéloïdes. Le nombre des lymphocytes est abaissé. La formule leucocytaire est :

Lymphocytes, 6 0/0 ; Mononucléaires moyens, 5 ; Grands mononucléaires, 6 ; Polynucléaires neutrophiles, 79 ; Polynucléaires éosinophiles, 4 ; Polynucléaires basophiles, 0.

Le taux de l'hémoglobine est de 90 0/0, la valeur globulaire de 0,66.

L'examen de la malade montre une rate normale, de même que le foie. La tension artérielle est de 11-6 au Vaquez.

Cette malade est entrée à l'Hôpital Henri Rousselle parce qu'elle présente de plus une chorée ayant fait son apparition il y a quinze jours.

Cette chorée typique, bilatérale, a débuté tout à fait brusquement et de façon d'emblée intense. Aucun des membres de la famille de Mme B. n'ont présenté d'accidents analogues à une période quelconque de leur vie.

Les troubles choréiques que présente Mme B. s'exagèrent par crises, sans cause apparente, d'une durée de plusieurs heures, persistant la nuit : avec mouvements généralisés aux quatre membres, atteignant la face, ayant les caractères de mouvements involontaires, illogiques, arythmiques, s'exagérant par moments en une gesticulation ample

très violente qui ne permet pas de laisser la malade dans son lit ; on est obligé de l'étendre sur plusieurs matelas placés à même le plancher.

L'examen dépiste quelques troubles de type cérébelleux, et en particulier une forte hypotonie. La parole est scandée, même dans les phases d'accalmie de la chorée. Il n'y a pas de signes pyramidaux. Les réflexes paraissent diminués mais il est presque impossible de placer la malade en état de résolution. La sensibilité est normale. Les fonctions sphinctériennes sont actuellement normales. Il existe une émaciation prononcée.

Parallèlement cette malade présente, au moment des accès choréiques, un état confusionnel, avec obnubilation de la conscience, désorientation, attention presque impossible à fixer.

L'examen oculaire montre un champ visuel normal. Le fond d'œil, difficile à voir à travers des opacités cristalliniennes, paraît normal. Le liquide céphalo-rachidien est fortement xanthochromique, avec fin coagulum fibrineux. La tension, mesurée au manomètre de Claude, est de 22-12. L'examen du liquide donne :

Albumine, 22 *gr.* 0/00 ; Leucocytes, 35 ; nombreux globules rouges ; Réaction de Pandy très fortement positive ; Réaction de Weichbrodt négative. Réaction du benjoin : 00022.22200.00000. Le Wassermann et la réaction de Meinicke sont négatifs.

En résumé, cette malade a présenté, il y a cinq ans, des phénomènes cataplectiques accompagnés d'érythrose ; les troubles moteurs ont rapidement et complètement rétrocédé, la polycythémie s'est installée de façon définitive. A l'heure actuelle, l'affection sanguine et le tableau clinique correspondent à la maladie de Vaquez. Le mois dernier, brusquement, une chorée bilatérale intense est apparue. Elle comporte des exacerbations prolongées, véritable état de mal choréique, avec atteinte de l'état général et obnubilation mentale parallèle. La ponction lombaire montre une albuminorachie énorme, avec dissociation albumino-cytologique, et une dissociation des résultats des réactions de Pandy et de Weichbrodt.

*
**

Le mode de succession et les relations réciproques de ces troubles nous paraissent dignes de remarque.

La coïncidence, chez cette malade, de trois ordres de phénomènes cliniques en apparence très différents : cataplexie, chorée et polyglobulie, s'explique par le voisinage des centres infundibulaires et sous-optiques, auxquels ces divers syndromes sont actuellement rapportés.

Les phénomènes de cataplexie sont attribués par Lhermitte à une lésion des centres végétatifs du sommeil, situés dans la région infundibulaire.

La chorée de la malade pourrait être en relation avec une atteinte luysienne, au niveau de la région sous-optique.

D'autre part, les recherches cliniques de Lhermitte (1) et de Guillain, Léchelle et Garcin (2), et les expériences de Schulhof et de Rosenow (3), ont rendu très probable l'existence, dans la région infundibulo-tubérienne, d'un centre régulateur des éléments constitutifs du sang qui, irrité, provoquerait l'hyperactivité de la moelle osseuse.

Guillain, Léchelle et Garcin ont insisté sur la fréquence avec laquelle les lésions du système hypophyso-tubérien (syndrome adiposo-génital, acromégalie), s'accompagnent de polyglobulie sous ses différentes forces : polycythémie avec cyanose ou maladie de Vaquez, polyglobulie hypertrophique ou maladie de Gaïsbock, polycythémie splénomégalique ou maladie de Mendel. Lhermitte et Peyre (4), Moreau (de Liége) (5), ont rapporté des cas de narcolepsie avec polycythémie. D'autre part, on sait, depuis Doll et Rotschild (6), depuis Lhermitte, la coexistence possible de la polycythémie et de la chorée de Huntington.

*
**

Au point de vue de la localisation, par conséquent, l'association des trois syndromes n'a rien de surprenant, leur combinaison confirme des faits déjà constatés.

Au point de vue pathogénique, il reste à discuter la hiérarchie de ces différents troubles et leurs causes.

Dans l'histoire de la malade l'érythémie paraît le phénomène le plus marquant. Elle est apparue en même temps que l'ac-

(1) Lhermitte. — Les manifestations nerveuses de la polyglobulie (*Gazette des Hôpitaux*, 3 mai 1930, p. 661).

(2) Guillain, Léchelle et Garcin. — La polyglobulie de certains syndromes hypophysaires et hypophyso-tubériens (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, CVI, 1931, T. I, p. 515, 21 février 1931).

(3) Rosenow. — *Congrès allemand de médecine interne*, 1928.

(4) Lhermitte et Peyre. — La narcolepsie-cataplexie symptôme, révélateur et unique de l'érythrémie occulte (maladie de Vaquez). *Société de Neurologie*, 9 janvier 1930 (in : *Revue Neurologique*, 1930, T. I, p. 286).

(5) Moreau (M.) (de Liége). — Narcolepsie et polyglobulie. Traitement par l'éphétonine. (*Journal* [*belge*] *de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, 1933, p. 112).

(6) Doll et Rotschild. — Familiäres Auftreten von Polycythemia rubra in Verbindung mit Chorea progressiva hereditaria (*Klinische Wochenschrift*, 1922, n° 52).

cès de cataplexie, a persisté après la disparition de la première atteinte nerveuse. On serait donc tenté d'attribuer au trouble de l'érythropoïèse un rôle primordial ; et, à la suite de Naville et Brütsch (1) et de Lhermitte, on pourrait admettre l'hypothèse d'une irritation de régions basilaires contiguës par des troubles circulatoires, de petites suffusions sanguines, des thromboses et ramollissements miliaires, en relation avec la polyglobulie — troubles qui ont pu provoquer, en 1928, une crise passagère de cataplexie, et en 1933 la chorée beaucoup plus grave.

Mais, d'autre part, l'énorme albuminorachie, la dissociation albumino-cytologique, la xantochromie du liquide céphalo-rachidien, la dissociation du Pandy et du Weichbrodt, peuvent faire supposer une tumeur cérébrale basilaire.

L'absence de signes d'hypertension intracranienne n'est pas décisive pour infirmer cette hypothèse. Par contre, le grand âge de la malade s'accorde mal avec le diagnostic de tumeur du cerveau.

Une observation précédente (2), cependant, a montré tout l'intérêt qu'une dissociation entre le Pandy et le Weichbrodt pouvait présenter dans un cas où le diagnostic de tumeur cérébrale était hésitant. Cette dissociation, extrêmement accusée dans le cas de cette malade, permet d'envisager l'hyperalbuminorachie comme étant d'origine compressive, et, par conséquent, de faire hésiter sur le diagnostic de lésions infectieuses ou d'irritation par des extravasats sanguins.

M. Schiff. — Bien que persuadés de la très grande valeur clinique — rappelée tout à l'heure par M. Demay, — de la dissociation entre les résultats du Pandy et ceux du Weichbrodt, cette dissociation nous paraît insuffisante pour prouver, à elle seule, la présence d'un néoplasme cérébral. Périsson, Pollet et Bréant ont montré qu'elle est due à un processus de compression mécanique, et nous l'avons constatée dans deux cas d'encéphalite avec distension ventriculaire, cas qui avaient simulé une tumeur non vérifiée à l'autopsie.

(1) Naville et Bürtsch. — Les complications cérébrales et médullaires de la maladie de Vaquez (érythrémie). *Archives suisse de Neurologie*, 1918, vol. IV, n° 1.

(2) Schiff, Courtois et Pouffary — Tumeur cérébrale non diagnostiquée. Dissociation des réaction dites des globulines. *Société de Psychiatrie de Paris* (in : *L'Encéphale*, XXIV, 1929, p. 296).

Un cas de démence précocissime,

par MM. H. Claude, G. Heuyer et J. Lacan.

Nous apportons à la question controversée de la démence précocissime, la contribution d'un cas dont l'évolution et la présentation actuelles sont absolument typiques de la démence précoce, qui a débuté à huit ans et demi et évolue depuis deux ans.

Présentation actuelle. — G. Jacques, 10 ans 1/2, se présente dans un état démentiel dont les particularités sont caractéristiques.

Entre, indifférent à l'entourage. S'assied à l'ordre, et prend peu à peu une attitude plicaturée, la tête près des genoux, les coudes collés au corps, qu'il gardera pendant toute la présentation, jusqu'au moment où, sollicité, il quittera cette attitude, et prendra la porte avec la même indifférence.

Mutisme complet. Sourire étrange, inexpressif, figé, alternant avec une mimique anxieuse discordante, sur un visage d'une grande joliesse de traits.

Les mouvements spontanés sont hésitants, craintifs, inhibés aussitôt qu'ébauchés. Il tâte les objets comme au hasard, parfois les flaire ; y revenant, ne paraît pas les reconnaître. Dans la marche s'interrompt, rebrousse chemin. Balancement constatable des membres supérieurs.

Mouvements commandés : obéit à quelques personnes pour des ordres simples ; mais, inhibé fréquemment, présente typiquement le signe de la main de Kræpelin.

Les mouvements imprimés rencontrent de l'opposition. Elle cède parfois et l'on peut constater l'absence du signe de la roue dentée, mais une certaine hypertonie avec un très léger ressaut à la fin du mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras.

Depuis un mois, apparition de quelques signes catatoniques et particulièrement d'une nette conservation des attitudes.

L'échomimie existe depuis au moins six mois. Très facile à obtenir maintenant, elle permet de constater l'absence de dysmétrie, d'adiadococinésie, et même de troubles de l'équilibre statique (se tient sur un pied).

Légère hyperréflectivité tendineuse. Pas de signes de Babinski.

Pas de trouble de la convergence oculaire, ni de la motilité, si ce n'est un léger strabisme externe qui se marque par intermittence et qu'on peut nous affirmer être congénital.

Incontinence permanente des urines et des matières.

Pas d'état saburral de la langue. Pas de sialorrhée.

Dans le sang, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : hypertension : 48-27 (assis). Albumine : 0,12. Sucre : 0,65. Leucocytes : 2. Réaction du benjoin : 00000.02200.00000. Bordet-Wassermann négatif.

Bon état physique. Développement corporel moyen, plat, asthénique.

Implantation basse des cheveux.

Oreille irrégulière, asymétrique, décollée à gauche, avec tubercule Darwinien bilatéral et accolement des lobes.

Axyphoïdie. Développement génital normal.

Evidement pétro-mastoïdien à droite. Du même côté, cicatrice opératoire pré-sterno-cléido-mastoïdienne de 10 cm. environ.

Histoire de la maladie. — *Anamnèse* par la mère.

Né à terme, 4 kgr. 500, accouchement normal. Première dent : six mois. Marche : 17 mois. Premières paroles vers 18 mois. Petite phrase vers deux ans 1/2, trois ans. Propre à deux ans. Un frère bien portant a 6 ans. Pas de fausse-couche. Mère bizarre.

Broncho-pneumonie à trois ans. Rougeole suivie de mastoïdite à six ans. A la suite de celle-ci, période de fièvre élevée, inexpliquée d'abord (on pense à l'appendicite), qui se résout, dit la mère, par « l'opération de la jugulaire ».

Il apparaît, quand on interroge de près, que l'enfant n'avait jamais été très en avance dans ses classes. Mais, durant les mois qui ont précédé la maladie, « il s'était bien rattrapé », succès éphémère, sur lequel la mère insiste pour marquer son contraste avec la déchéance mentale qui a suivi.

L'invasion catastrophique des troubles est située par elle en février 1932, et précédée d'un épisode infectieux très limité, qualifié de grippe.

En réalité, des réactions étranges étaient apparues dès quelque six mois auparavant. La situation familiale était à vrai dire troublée par la présence d'un tiers qui occasionnait de violentes scènes de jalousie de la part du père. L'enfant, âgé alors de huit ans 1/2, en est affecté avec une intensité qui paraît au-dessus de son âge. En même temps, il montre des impulsions violentes d'une absurdité évidente (sans provocation, projette au loin divers objets appartenant à sa mère). Marque dans ses propos une désaffection tout à fait discordante pour ses grands-parents maternels qu'il aimait beaucoup jusqu'alors. Mais se montre brillant à l'école. Ce n'est qu'en février 1932 qu'il doit la quitter quand apparaît le cortège de troubles mentaux où son entourage reconnaît la maladie.

Point remarquable, ce début clinique est de nature délirante. Anxiété extrême. Insomnies. Etats oniriques : voit un œil derrière les rideaux ; visions d'enfer proches de lui ; entend des choses qui lui font peur, sur l'ogre : « Ce n'était pas sa mère qui lui en parlait, mais lui-même. »

Mais, surtout, idées hypocondriaques, avec conscience d'être gravement atteint : se regarde dans la glace, se trouve jaune, dit qu'il est atteint du même mal qu'un sien cousin, post-encéphalitique avéré, qui présente un spasme de torsion. D'autre part, thèmes d'interpréta-

tion typique ; on le suit, on fait des réflexions sur lui dans la rue, l'épicier lui en veut, l'enfant a peur de rester seul dans une pièce.

Crises de violence, coups de poing à sa mère et à son frère, crises de larmes où il répète qu'il ne veut pas mourir. En même temps, imitation hystériforme de la contracture de son cousin.

Celui-ci présente des troubles moteurs post-encéphalitiques depuis deux ans, avec intégrité intellectuelle : il est en contact fréquent avec l'enfant qu'il aide à faire ses devoirs, et à qui il apprend le violon.

On note alors chez notre malade un amaigrissement bientôt suivi d'une reprise de poids, quelques céphalées, ni vomissements, ni diplopie, ni somnolence, ni crises convulsives, ni fièvre, ni autre phénomène méningé. L'enfant disait qu'il avait « du sable dans les yeux », c'est tout ce qu'on trouve comme trouble de la vue.

On lui a fait alors une série de sulfarsénol qui entraîne une agitation extrême et qu'on interrompt.

En mai 1932, on consulte l'un de nous sur son cas et l'on comprend qu'il ne soit parlé alors que d'épisode confusionnel, d'accidents hystériformes. On note une agitation anxieuse, des plaintes, des lamentations, l'enfant s'accroche à sa mère, résiste, grimace, s'immobilise tête baissée, présente de fréquents mouvements de succion. Son état mental est pourtant tel qu'il permet l'examen aux tests de Binet et Simon, qui révèle un retard mental de deux ans.

Aucun signe neurologique, tachycardie. Admis quinze jours après à l'annexe de neuro-psychiatrie infantile et mis à l'isolement, il présente alors des tics incessants, particulièrement des mouvements de groin, un état hypomaniaque qui a décidé son admission. Il a fait plusieurs tentatives de fugue, et a été retrouvé une fois sur le quai d'une gare.

Il présentera dans le service des alternatives d'excitation avec anxiété extrême et cris, et de stupeur indifférente. Mis au gardénal, il dort bien. A des crises de gloutonnerie. Impulsions extrêmement brusques à la fuite (saute par une fenêtre du rez-de-chaussée), détériore et brise les objets.

Obéit aux ordres simples, présente un mutisme psychogène qui cède quand on le contrarie, répond le plus souvent par des grognements ou par des tics exécutés en guise de réponse et en regardant l'observateur. Mis en présence de sa mère, il dit : « C'est une dame », pourtant la reconnaît, malgré l'absence apparente de toute émotion. Dans le cabinet d'examen, inspecte inquiètement tous les recoins et les placards.

Inattentif à sa toilette, gâteux. Le surveillant note : « des moments d'enjouement et de gaîté extraordinaire », et « des attitudes de frayeur et de souffrance ».

Une amélioration sensible permet de le rendre deux mois, lors des grandes vacances, à sa famille. Il s'y montre calme, mais inaffectif, décousu, partiellement désorienté, à demi muet, vagues occupa-

tions, joue pourtant correctement avec son chemin de fer d'enfant, ne s'intéresse en outre qu'aux évolutions des trains sur la voie proche, évolutions qu'il va guetter sur un pont qui la franchit, sans faire au reste aucune tentative inquiétante.

On le ramène en novembre à l'un de nous, qui devant son état nettement aggravé, porte le diagnostic de démence précocissime. Certaines modifications épisodiques apparaîtront dans son état, les tics disparaîtront, mais l'enfant s'enfoncera dans une attitude de plus en plus monotone de démence hébéphrénique. Après une courte période d'amaigrissement, il se stabilisera dans un engraissement relatif. Les traitements seront inactifs. Une fois, on constatera un tremblement spécial des doigts, « roulant des pilules ». Auscultation et radio du thorax négatives. A peu de choses près, il est fixé depuis six mois dans son état actuel.

Devant cet état et cette évolution, nous pensons pouvoir conclure :

1° au diagnostic de démence précocissime, avec le pronostic pessimum que comporte la stabilisation psychique et somatique de la maladie ;

2° quant à l'étiologie, nous ne pouvons trancher du rôle éventuel d'une encéphalite épidémique, pour laquelle les présomptions que nous fournit l'observation sont insuffisantes : contact certain avec un encéphalitique, épisode infectieux au début, mais caractère très réduit et très fugace des rares signes cliniques qui auraient une valeur de probabilité.

En l'absence de renseignements plus précis, nous ne pouvons nous prononcer sur l'existence possible d'une réaction méningée, au moment où l'enfant a fait très probablement une thrombophlébite du golfe de sa jugulaire.

3° Notons enfin l'existence antérieure d'un certain état de débilité mentale et la signification très probablement déjà pathologique des facultés brillantes reconnues chez l'enfant, évolution déjà notée dans des observations de démence précocissime, et particulièrement dans une de Jost, de Strasbourg (1).

M. Courtois. — Je crois que la mastoïdite suppurée, par sa réaction sur les méninges, a pu jouer un rôle plus probable que l'hypothétique contagion de l'encéphalite du cousin.

M. Xavier Abély. — La tuberculose a pu jouer également un rôle.

(1) Dr W. Jost. *Dementia praccocissima*. Travaux de la clinique de Strasbourg, 1927, p. 191.

M. LACAN. — Il ne semble pas y avoir eu de manifestation tuberculeuse certaine dans le passé du sujet. Notre enquête ne nous permet pas de trancher s'il y eut une réaction méningée au cours des complications de la mastoïdite.

Évolution d'un délire hypocondriaque vers un état d'excitation pseudo-démentielle, par MM. J. DUBLINEAU et CARON.

L'observation suivante tire son intérêt de sa courbe évolutive, orientée du délire vers la démence, ou tout au moins vers l'aspect extérieur de la démence ; ce délire est un délire hypocondriaque à polarisation hépatique.

OBSERVATION. — La malade, âgée de 46 ans, a été normale jusqu'à l'âge de 29 ans. Fille de paysans, ayant fréquenté l'école primaire sans avoir eu son certificat d'études, elle était venue à Paris à 21 ans et avait travaillé comme fille de salle dans un restaurant. A 26 ans, elle s'était mariée. (Elle a un fils de 26 ans). Trois ans après, elle avait subi une ovariotomie droite, à la suite d'une salpingite.

Après cette opération, elle se plaignit du côté droit. Elle ne voulait alors pas voir le médecin, mais restait très souvent alitée, s'occupant au lit de menus travaux domestiques, tandis que sa sœur tenait son ménage. Elle ne prenait pas de médicaments. Elle disait ne pouvoir se tenir debout, les douleurs de l'hypocondre droit réapparaissant alors, tandis qu'elles s'atténuaient dans la position couchée. Son mari signale que, depuis 14 ans, elle n'a pas eu de rapport sexuel.

En même temps s'installait chez elle, avec un caractère obsédant, l'idée d'une affection dont elle se croyait atteinte, et à laquelle elle rapportait les douleurs dont elle se plaignait. Il s'agissait, pensait-elle, d'une infection gonococcique, dont la salpingite aurait marqué un premier stade, et qui se serait étendue aux organes voisins, au foie notamment. Elle luttait contre l'infection par des applications chaudes, compresses et briques, jour et nuit renouvelées ; son mari avait dû disposer une installation pour amener l'eau et le gaz près de son lit, où l'on avait placé une petite table spéciale pour faire réchauffer les briques. Peu à peu s'étaient ainsi développées des brûlures, aggravées par la répétition des applications, à tel point qu'elle présente encore actuellement une cicatrice occupant toute la largeur de l'hémithorax sur une hauteur de deux travers de main environ.

Examinant continuellement sa région hépatique, elle ramenait de petits squames et différents déchets cutanés, dans lesquels elle voyait des « gonocoques » ou des « graviers » venant du foie.

Vers la fin de septembre 1932, elle commença à changer de comportement. Elle était préoccupée par la situation de son fils réduit au chômage par la crise. Celui-ci ayant eu une petite infection intestinale,

elle crut l'avoir infecté. Elle craignait aussi d'avoir infecté son mari, que parfois elle accuse de l'avoir le premier contaminée.

Rapidement se développa chez elle un désordre mental prononcé. Elle était anxieuse, exaltée et confuse, mais avec une sorte de conscience de l'état pathologique, qui lui faisait demander elle-même son admission à Sainte-Anne. Cet état s'accentua rapidement, au point de nécessiter effectivement son internement (novembre 1932).

A l'entrée, elle offrait un aspect d'excitation et de sthénie qui contrastait avec son thème hypocondriaque. Constamment occupée à s'examiner et à se palper sur tout le corps, elle s'animait dès qu'on l'interrogeait, pour protester avec véhémence contre son internement, tout en développant son thème délirant. En même temps, elle s'en prenait à son mari et à son médecin, proclamant qu'il y avait eu erreur, par leur faute, dans son placement, etc.

Par ailleurs, elle présentait un faciès congestif, un éréthisme vasomoteur net, un pouls à 120, une légère fièvre (38°) ; le réflexe oculocardiaque était inversé. L'état physique général était bon. (L'examen clinique ne montrait aucun trouble hépatique apparent). A noter une obésité assez marquée et une tendance nette à la formation d'ecchymoses, tant à l'occasion des petites contusions qu'elle se faisait dans son agitation qu'à l'occasion des piqûres ou prises de sang. Elle se tenait difficilement debout, se plaignant alors de souffrir du ventre, sans qu'aucun élément organique ne justifiât cette dystasie.

Le fonds mental ne paraissait pas extrêmement touché. La méthode des tests donnait un âge mental aux environs de 10 ans.

Quelques jours après son entrée, son exaltation prenait une allure plus nette d'agitation anxieuse. Elle disait sentir mauvais, empoisonner l'entourage, être incurable, et refusait de manger, protestant contre l'alimentation à la sonde en ajoutant : « Je ne vaux pas le coup d'être alimentée. » Elle continuait à montrer des « graviers » et des « gonocoques », qu'elle retirait de son flanc droit.

En même temps, son pouls était encore accéléré (120), ses lèvres sèches, mais la langue humide et l'état général satisfaisant.

Vers le milieu de décembre, elle présenta pendant quelques jours un état d'excitation d'allure plus hypomaniaque qu'anxieuse : elle était gaie, amusant les autres malades. Fait important, ses propos restaient les mêmes. Le thème hypocondriaque était dévidé dans les mêmes termes, mais le ton avait changé et rappelait l'aspect de la malade à son entrée.

Quelques jours après, elle se montrait de nouveau déprimée, pleurant et gémissant.

En même temps, ses propos devenaient de plus en plus stéréotypés, son agitation de plus en plus incohérente : se dénudant constamment, s'exhibant volontiers, elle dévidait ses protestations en un chapelet ponctué de gestes incessants, sans écouter aucune argumentation, les répétant avec une sthénie agressive, sur un rythme régulier d'intonations et de reprises.

Peu à peu, les formes stéréotypées de son débit évoluaient et se transformaient. A la fin de mars, son langage avait pris un tour puéril, elle parlait d'elle à la 3e personne, ou parlait « petit nègre ». C'était, par exemple : « Vous m'avez fait bobo à mon bras », « on a mis la sonde dans le nez à R... (elle-même) ; on a mis la sonde à R... ». Actuellement, dans l'incohérence de son débit, il reste, comme expression en rapport avec le délire initial, des formules comme « visitez-moi, je veux être visitée », etc. Elle s'exhibe avec insistance, se montre très indocile ; parfois presque agressive. Progressivement s'est affirmée une hostilité à l'égard du mari, qu'elle refuse de voir actuellement.

La réduction de son lagage à une série de formules plus ou moins stéréotypées, l'incohérence et les contradictions de certains de ses propos successifs (« mon mari, je l'adore..., mon mari, je le jetterais par la fenêtre »), le tour et le ton puéril qu'elle prend à certains jours, la pauvreté de l'ensemble, offrent le tableau d'un affaiblissement psychique, qui semble caractérisé. Cependant, il faut faire la part de l'excitation, qui commande ses réactions verbales et affectives, et qui masque peut-être une conservation inapparente de son fond mental.

Examens biologiques.

Sang : B.-W. et Meinicke négatifs. Urée : 0 gr. 10 à l'entrée, 0 gr. 25 en mars ; cholestérine : 1 gr. 57. Temps de saignement normal. Signe du lacet : négatif. Glycémie : 0 gr. 65 par litre.

L. C.-R. : A l'entrée : Albumine : 0,30 ; Pandy + léger ; B.-W. négatif ; Cytologie : 2,4 ; Benjoin : 00000.22222.00000.

Polypeptides (25 novembre 1932) : L. C.-R.. : azote polypeptidique : 20 ; azote trichloracétique : 123 ; indice de désamination (I. C.) : 0,16. Sang : azote polypeptidique : 72 ; azote trichloracétique : 238. Indice de désamination (I. C.) : 0,28.

Glycosurie alimentaire (18 novembre) : Epreuve fortement positive (21 gr. à la 2e heure).

A propos de ce cas, nous envisagerons deux ordres de faits :

— d'une part, au point de vue clinique : les différentes phases de l'évolution, en particulier en ce qui concerne la présentation démentielle actuelle ;

— d'autre part, au point de vue biologique : les relations entre l'état réel du foie et la polarisation hépatique du délire hypocondriaque.

A. Etude de l'évolution

Chez cette femme, on peut schématiquement diviser l'évolution des troubles en trois périodes :

I. — Dans une première phase, de plusieurs années, se sont développées des idées hypocondriaques qui, primitivement

greffées sur une ovariotomie ancienne, ont évolué progressivement vers le délire. Ici, deux points seront rapidement discutés : le délire, l'état mental.

a) le délire était incontestable : il suffisait d'avoir vu la femme à son entrée, en proie à des ressassements hypocondriaques sans fin, et porteuse de cicatrices ulcérées dans toute la région hépatique, pour se rendre compte de l'intensité de la conviction. Par ailleurs, la nature de ses propos (graviers, gonocoques), s'avérait d'emblée délirante, quelle qu'ait pu être la part réelle de troubles hépatiques, sur l'existence desquels nous reviendrons ultérieurement. Ce délire, par ailleurs, était assez spécial : monotone, semble-t-il, et pauvre, ou, du moins, très limité dans son thème, véritable « obsession délirante » avec stasophobie.

b) Pour ce qui est de l'état mental, il convient d'insister, dès cette première période, sur l'inactivité foncière de la femme, qui s'est confinée plusieurs années au lit, grâce d'ailleurs à la complaisance assez niaise de l'entourage ; donc, dès ce moment, existait une certaine réduction pragmatique, mais il n'y avait pas de déficit intellectuel proprement dit ; la femme était une phobique délirante, qui continuait au lit à garder son activité de maîtresse de maison.

II. — Rapidement, en quelques jours, il y a sept mois environ, chez cette délirante chronique, à fonds mental relativement intact, l'affection change de forme, prend une allure subaiguë, à type subconfusionnel, anxieux et fébrile, qui nécessite l'internement. Les causes du déclanchement de cette poussée sont assez mystérieuses, mais le thème y paraît plus nettement mélancolique, avec quelques éléments d'auto-accusation et surtout une attitude hostile à l'égard de l'entourage. Certes, à ce stade, le délire hypocondriaque domine encore la scène. Mais déjà l'activité intellectuelle s'est réduite, masquée par une sthénie coléreuse et progressive, particulièrement dirigée contre le mari, à qui la malade reproche maintenant son internement.

III. — Progressivement, après une courte phase de calme relatif, durant laquelle la femme, par des alternances de poussées anxieuses et maniaques, donne l'impression d'une cyclothymique, l'excitation s'accroît. Les colères anxieuses deviennent subintrantes. Surtout, une agitation permanente se développe. Cependant, les propos deviennent stéréotypés et désordonnés, parfois véritablement incohérents ; on y décèle de vagues préoccupations hypocondriaques, mais surtout des thèmes sexuels, obscènes ou scatologiques, avec haine morbide du mari. Le tout s'accompagne

de désordre des actes, dénudation, familiarités, exhibitionnisme. Si l'on essaie d'apprécier l'âge mental de cette femme, on se heurte à un refus d'écouter ou de répondre, ou à des réponses à côté, ou à une mobilité d'attention, enfin à des troubles certains de la mémoire, que l'on peut mettre en évidence par intervalles.

En résumé, trois étapes : hypocondriaque seule, hypocondriaque avec état confuso-anxieux, sthénie et excitation pseudo-démentielle à forme hypocondriaque, l'élément hypocondriaque allant désormais en s'atténuant. Cette évolution paraît avoir été précipitée par l'apparition récente de l'épisode subaigu. Le désintérêt de la femme pour le monde extérieur, son agitation incessante, ses exacerbations coléreuses, ses hurlements parfois, constituent des arguments supplémentaires aux présomptions d'affaiblissement intellectuel chez elle.

Il y a deux manières d'interpréter la pathogénie de ces faits, selon qu'on les considère comme résultant de l'aggravation progressive d'un même état ou de l'association, à un délire ancien, d'un facteur toxi-infectieux surajouté.

En faveur de la seconde hypothèse, on ne peut manquer d'être frappé de l'allure subaiguë de l'épisode confusionnel, survenu il y a quelques mois : fièvre, éréthisme, tachycardie, tout se passe comme s'il y avait eu un épisode toxique ou infectieux surajouté.

Cependant, nous pencherons plus volontiers pour une conception plus uniciste. En faveur de cette dernière plaide le fond uniformément hypocondriaque du délire, auquel se sont ajoutés un état de mélancolie anxieuse, puis d'excitation pseudo-démentielle.

De quelle nature est cet état ? Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un épisode maniaque au cours d'une psychose maniaque dépressive. La constance du délire et son évolution progressive permettent de le considérer comme le fait principal, la variabilité d'humeur constituant un élément secondaire.

Peut-être pourrait-on rapprocher ce cas de certains faits de paranoïa d'involution à forme hypocondriaque, mais l'âge de la malade (qui, d'ailleurs, n'a pas achevé sa ménopause), s'oppose à une assimilation de cet ordre.

En définitive, il s'agit d'un délire chronique, qui tire son intérêt de la nature spéciale de son évolution.

B. Relation entre l'état hépatique réel et le délire

Chez notre malade, l'examen clinique n'apportait aucun élément de nature à faire penser à un facteur hépatique quelconque. Par contre, les épreuves biologiques révélaient, à l'entrée, l'exis-

tence de petits signes d'insuffisance hépatique. La glycosurie alimentaire était positive. D'autre part, existait une augmentation du taux des polypeptides sanguins (72 mmgrs au lieu de 50, chiffre maximum normal), témoin d'une intoxication à point de départ hépatique. Nous pensons que cette polypeptidémie conditionne l'hyperpolytepdirorrachie constatée (20 mmgrs au lieu de zéro à 6, chiffres normaux habituels).

Seule une recherche parallèle de la peptidémie et de la peptidorrachie avant la phase d'excitation anxieuse aurait pu nous donner un élément de comparaison. Néanmoins, nous avons voulu, malgré le caractère incomplet de cette observation, signaler l'intérêt, en pareil cas, de cette épreuve, sur laquelle l'un de nous, en collaboration avec le Professeur H. Claude, a antérieurement attiré l'attention (1).

La séance est levée à midi 30.

Les Secrétaires des séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.), MASQUIN (P.) et Mlle BONNARD (Y.). — Considérations sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques (*C. R. Soc. Biologie*), juillet 1932.

Séance du Lundi 22 Mai 1933

Présidence : MM. Georges DUMAS, président

et Roger MIGNOT, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 24 avril 1933 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur Gonzalo BOSCH, de Buenos-Aires, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr Henry DAUSSY, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Quatremares (Seine-Inférieure), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* la Société désigne une commission composée de MM. LÉVY-VALENSI, Georges PETIT et H. BEAUDOUIN, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 juin 1933.

RAPPORTS DES COMMISSIONS DES PRIX

I. Rapport sur les mémoires présentés pour le *prix Belhomme*

M. G. DEMAY. — Deux mémoires sur le sujet imposé : « *les hallucinations psycho-motrices verbales* », ont été soumis à l'examen de la Commission, composée de MM. CAPGRAS, Henri CLAUDE et DEMAY, que vous avez nommée pour examiner les candidatures au *prix Belhomme.*

Le premier de ces mémoires a pour auteur M. le docteur Pierre LÉCULIER, interne à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie. M. Léculier

a traité son sujet selon un plan classique. Il débute par un historique très complet, qui dénote une connaissance approfondie de l'histoire de la psychiatrie, mérite rare chez un « jeune », si l'on en croit les constatations faites chaque année au concours du médicat des Asiles. Tout en mettant au premier plan, comme il convient, les travaux de Séglas, et en analysant avec soin les travaux ultérieurs, M. Léculier, au prix de patientes recherches, a établi la liste des précurseurs de Séglas, et nous a fourni ainsi une documentation précieuse qui pourra toujours être consultée avec fruit.

Vient ensuite — et c'est le point central du mémoire — un chapitre de faits cliniques qui réunit des observations anciennes, peu connues, recueillies dans les anciens auteurs, et cinquante observations personnelles, suivies de judicieuses remarques sur les difficultés, dans certains cas, du diagnostic clinique et du diagnostic différentiel.

Un troisième chapitre est consacré aux hallucinations verbales motrices dans diverses maladies mentales. M. Léculier s'est demandé, en particulier, si, comme l'avait indiqué Séglas, les hallucinations psychomotrices sont fréquentes dans la mélancolie. Ayant examiné 58 mélancoliques sans trouver ces hallucinations, il a fait, auprès de plusieurs psychiâtres, une enquête qui lui permet de conclure à la rareté des hallucinations psychomotrices verbales chez les mélancoliques. Comme il le souligne lui-même, la contradiction n'est qu'apparente avec l'opinion de Séglas et s'explique par le rétrécissement du cadre de la mélancolie à l'époque actuelle.

Par contre, M. Léculier note la fréquence des hallucinations psychomotrices verbales dans les délires systématisés et passe en revue les différents travaux à ce sujet. Il en tire cette conclusion que presque tous ces malades présentent des idées d'influence et que tous sont des interprétateurs. Cette remarque montre quelle position il va prendre entre les diverses théories sur la nature des hallucinations psychomotrices dont il fait, pour terminer, un exposé. Il estime, avec Delacroix, que l'élément essentiel du phénomène est l'automatisme verbal et que l'hallucination psychomotrice verbale consiste dans l'interprétation délirante de cette hyperendophasie.

D'une présentation toute différente est le second mémoire, œuvre de M. le docteur Henri Ey, médecin des Asiles, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté, licencié ès lettres. M. Ey s'est efforcé d'appuyer sa conception des hallucinations psychomotrices sur de fortes assises psychologiques. C'est ainsi qu'il étudie successivement le problème des images, de la perception, du langage, à la lumière des recherches modernes qui ont mis en valeur l'importance du mouvement dans la vie psychique. Adoptant résolument ce point de vue dynamique, M. Ey estime que la fonction de la pensée est d'orienter la conduite conformément à nos tendances ; le langage intérieur est une conduite particulière qui a des degrés divers selon que la pensée est tendue vers son objet ou reste flottante. Quant à l'image, ce n'est

pas un phénomène constant, c'est une forme inférieure de la pensée, un sous-produit, pour employer l'expression pittoresque de M. Ey, qui apparaît dans les états de basse tension psychologique, et qui reste d'ailleurs en relations avec les tendances profondes de la personnalité.

Abordant l'étude des hallucinations psychomotrices, M. Ey tient à marquer qu'il reste dans la tradition de Séglas, dont il nous avait montré, dans son historique, l'évolution des idées aboutissant, en fin de compte, à la mise en valeur de la notion d'automatisme. Il définit les hallucinations psychomotrices par leur défaut d'objectivité totale et les classe en phénomènes forcés et en phénomènes étrangers. Cette distinction répond à deux phénomènes fondamentaux, le sentiment d'influence et le sentiment d'automatisme dont les conditions pathogéniques sont le fléchissement des fonctions psychiques, suivant la formule de Pierre Janet, avec libération d'une pensée symbolique, et le développement des complexes affectifs. Ainsi les hallucinations psychomotrices ne sont pas des phénomènes primitifs, elles traduisent un trouble du moi. M. Ey se prononce à la fois contre la théorie mécanique et contre la théorie neurologique de Mourgue dont il fait une analyse critique très fouillée.

La deuxième partie du mémoire est consacrée à l'étude des phénomènes psycho-verbaux dans leurs rapports avec la pensée et la croyance délirante.

M. Ey distingue deux groupes de faits cliniques : dans le premier, où l'on rencontre surtout cette variété d'hallucinations psychomotrices verbales qu'il appelle phénomènes étrangers, existe une perturbation importante de la pensée. A ces troubles, M. Ey réserve le nom d'états de délire.

Le deuxième groupe de faits — où les hallucinations psychomotrices revêtent le type de phénomènes forcés (hyperendophasie) — est caractérisé par l'absence d'altération nette de la pensée. M. Ey propose, pour les cas de ce genre, la dénomination de croyances délirantes.

L'évolution des phénomènes psychomoteurs se fait selon le schéma général indiqué par Séglas et Barat : délire de possession, monologue, attitude hallucinatoire que M. Ey appelle attitude d'objectivation.

A l'aide des données précédentes, M. Ey tente de grouper les différents types de délires chroniques avec phénomènes psychomoteurs. Il distingue : le type démence paranoïde, qui s'identifie, selon lui, à la schizophrénie de Bleuler ; le type psychose paranoïde correspondant à la paraphrénie de Kræpelin ; le délire d'influence ou de possession de Séglas, le délire d'action extérieure de Claude. Tous ces délires ont un trait commun : ils altèrent le moi dans son intimité. Au contraire, les délires de persécution proprement dits (délire chronique de Magnan et psychoses paranoïaques) altèrent les rapports du moi avec l'ambiance et les phénomènes psychomoteurs ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement.

Après avoir passé rapidement en revue les troubles psychomoteurs dans les divers états psychopathiques, M. Ey termine son exposé en relatant une observation très détaillée et commentée de délire d'influence où il montre que les troubles psychomoteurs n'apparaissent qu'avec le délire, celui-ci étant conditionné par les tendances instinctives du malade.

Dans sa conclusion, M. Ey rappelle l'idée fondamentale qui l'a guidé dans ses travaux antérieurs, et qu'il vérifie à nouveau ici : l'hallucination en général, y compris l'hallucination psychomotrice, a pour caractère essentiel d'être une erreur ; elle ne se produit pas en dehors du sujet. Pour mieux préciser sa pensée, et pour mettre l'accent — selon une formule qui lui est chère — sur la participation active du sujet à l'acte hallucinatoire, M. Ey ne craint pas d'opérer une petite révolution grammaticale : il serait juste de dire, selon lui, non pas que le malade est halluciné mais qu'il « hallucine ».

En résumé, M. Léculier nous a donné une excellente mise au point de la question des hallucinations psychomotrices verbales et son mémoire dénote des connaissances solides et un sens clinique très averti. M. Ey nous apporte une étude originale et une conception personnelle du problème des hallucinations. Votre commission a pensé qu'il serait équitable de partager le *prix Belhomme* entre ces deux candidats en raison des qualités diverses dont ils ont fait preuve. Elle a voulu toutefois marquer une différence en faveur de M. Ey et elle vous propose d'opérer le partage du prix dans les conditions suivantes : 1.800 francs à M. Ey, 1.200 francs à M. Léculier.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées. Le Prix Belhomme *pour 1933 est partagé entre MM. Henri* Ey (*1.800 francs*) *et* Léculier (*1.200 francs*).

Question posée pour le *prix Belhomme* (1936) :

Sur la proposition de la Commission, la Société choisit comme sujet du concours pour le *Prix Belhomme,* à décerner en 1936, la question suivante : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

II. Rapport sur le mémoire présenté pour le *prix Trénel*

M. Marchand. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Guiraud, Lhermitte et Marchand rapporteur, je viens vous rendre compte du seul mémoire déposé à la Société en vue de l'obtention du *prix Trénel.* Il a pour auteur M. Jean Tusques, interne des Asiles de la Seine, et pour titre « *Contribution à l'histologie du délire aigu* ».

L'auteur a pris pour devise cette phrase d'une publication de notre regretté collègue Trénel sur le délire aigu : « Ce qui frappe à pre-

mière vue à l'examen des préparations par la méthode de Nissl, c'est l'énorme quantité de cellules atteintes par l'énigmatique processus pathologique », et confirmant cette constatation, il ramène toutes les lésions du délire aigu aux deux grands processus suivants : neurolyse, neurophagie.

M. Tusques fait d'abord remarquer que la neurolyse est particulièrement nette au niveau du cortex frontal et que cette lésion frappe l'ensemble des régions observées mais à des degrés divers suivant des zones réparties d'une façon quelconque. Au niveau de la frontale ascendante, il note l'intégrité relative des cellules pyramidales géantes et par contre la grande atteinte des cellules petites et moyennes, et il insiste sur cette opposition lésionnelle entre neurones moteurs et neurones d'association. En donnant divers arguments sérieux, il montre que ces lésions ne peuvent être attribuées à des altérations cadavériques.

Mais, à propos de ces lésions cellulaires, pourquoi M. Tusques confond-il le terme « neurone » avec celui de « cellule nerveuse » ? Il parle de tigrolyse des neurones, de lyse cytoplasmique des neurones, de phagocytose des neurones. Si je ne m'abuse, Valdeyer a décrit sous le nom de neurone l'unité nerveuse (cellule, axone et prolongements protoplasmiques) et M. Tusques a tort de désigner sous ce vocable la cellule nerveuse qui n'est qu'une partie du neurone.

M. Tusques aborde ensuite la description de la neurophagie et sous ce terme il classe l'ensemble des processus qui aboutissent à la phagocytose des cellules nerveuses. Or, dans ce chapitre, contrairement à sa définition, il décrit non seulement les figures de satellitose qui constituent pour certains auteurs à proprement parler la neurophagie, mais aussi les chapelets de petites cellules mononucléées, qui bordent les capillaires et les éléments névrogliques disposés en groupes autour des vaisseaux. Aucun anatomo-pathologiste ne peut admettre cette extension donnée au terme « neurophagie » ainsi complètement dévié de son sens. Pourquoi ne pas employer, pour désigner cette lésion, les termes habituels de périvascularite, péricapillarite, ou simplement de réaction vasculaire, appellations sur lesquelles tous les histologistes s'entendent. L'auteur fait cependant une description précise de ces lésions qui indiquent nettement un processus encéphalitique. Avec une prudence, dont on ne peut que le louer, il montre combien il est difficile d'identifier les éléments cellulaires qui entourent cellules et vaisseaux. Cependant, on possède aujourd'hui des techniques spécifiques pour certains de ces éléments et je ne crois pas que l'auteur les ait utilisées. Après avoir décrit la neurophagie des cellules peu ou pas lysées, des cellules fortement lysées, M. Tusques remarque, et c'est un fait important sur lequel Trénel et nous-même avons insisté, que la cellule nerveuse peut disparaître dans le délire aigu par simple lyse sans aucune neurophagie.

Il me reste encore quelques remarques à présenter sur le travail de cet auteur. En examinant les préparations histologiques sur lesquelles il a basé ses descriptions, j'ai trouvé dans certaines coupes de bulbe,

en particulier dans le cas Ergot, des nodules inflammatoires, nodules que certains auteurs considèrent comme d'origine infectieuse, et qui, comme je l'ai indiqué, se rencontrent fréquemment dans les encéphalites psychosiques aiguës. Or, dans son mémoire, M. Tusques ne fait pas mention de ces lésions bulbaires qui me paraissent cependant avoir une certaine importance.

La Commission regrette enfin que l'auteur ne nous ait pas donné, à propos des cinq observations sur lesquelles reposent ses recherches, quelques renseignements sur l'âge des sujets, sur la durée de la maladie, sur les particularités cliniques, sur les lésions viscérales concomitantes des lésions nerveuses.

J'ai tenu à vous exposer assez longuement une analyse critique du mémoire de M. Tusques pour deux raisons : d'abord ce travail présente de fortes qualités ; il est le résultat de patientes recherches et il indique, ce qui se rencontre bien rarement aujourd'hui chez nos jeunes internes, un goût particulier de son auteur pour les travaux de laboratoire.

Ensuite je n'ai pu lire ce mémoire sans penser à mon cher ami Trénel dont l'invisible présence flotte dans cette salle au moment où vous allez décerner pour la première fois le prix auquel est attaché son nom et je profite de la parole qui m'est donnée pour saluer de nouveau, la mémoire de ce regretté collègue.

Messieurs, votre Commission vous propose de décerner le prix Trénel à M. Jean Tusques.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées. Le Prix Trénel *pour 1933 (1.000 francs) est décerné à M. Jean* Tusques.

COMMUNICATIONS

La régression héboïde dans l'excitation maniaque, la régression pédoïde dans la manie, par M. G. Petit.

Résumé. — Chez l'adulte cyclothymique ou maniaque-dépressif, les analogies psycho-cliniques des syndromes d'excitation maniaque et de manie (accompagnés de tendances paranoïaques) avec les états psycho-organiques de l'adolescence et de l'enfance semblent traduire une régression vers un stade plus primitif de l'évolution psychique : *régression héboïde* dans l'hypomanie, *régression pédoïde* dans la manie. Ces analogies semblent conditionnées par un substratum fonctionnel et organique commun : l'exaltation des fonctions endocriniennes (thyroïde, glandes génitales, surrénales, etc...).

Cette communication sera publiée *in-extenso* comme Mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Laignel-Lavastine. — Pour illustrer la thèse de M. Petit sur la périodicité de l'activité de certains hommes politiques et les conséquences sociales qu'elle entraîne, je citerai le cas de Danton. Cette périodicité nous explique les soudains arrêts de sa lutte, à la convention, alors que le succès eût dû, au contraire, le pousser à agir.

Il eût été bon que, par des tests précis de pharmacodynamie, et par la mesure de la chronaxie, M. Petit eût complété ses très intéressantes recherches.

Transfusion du sang et sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale, par M. Henry Daussy.

Cette communication expose les raisons qui nous ont conduit à appliquer en psychiatrie deux méthodes de traitement utilisées en médecine générale et précise nos modalités techniques actuelles, dont les premiers résultats nous paraissent encourageants.

Ces deux méthodes sont : d'une part, la transfusion de sang et d'autre part, l'injection intra-rachidienne de sérum de convalescent, sérum qui est injecté sous anesthésie chloroformique, ainsi que l'a préconisé Henri Dufour pour le sérum antitétanique.

Transfusion de sang

Cette intervention, indépendamment de l'action de masse et de remplissage vasculaire qu'on lui a d'abord demandée, a pour effets, maintenant bien souvent recherchés, d'assurer un concours aux défenses organiques par ses phagocytes, ses antitoxines et ses anticorps, d'exercer une véritable opothérapie, favorisant l'hématopoïèse.

Comme le dit Paul Michon, cette « influence bienfaisante se prolonge et contraste avec la brièveté des résultats fournis par les sérums artificiels et rappelle celle d'autres greffes ».

C'est particulièrement cette action que nous avons désirée en opérant la transfusion chez des aliénés affaiblis, en état de dénutrition, d'anémie.

En outre, le sang transfusé a été celui de sujets convalescents d'affections mentales. Rappelons, à ce sujet, les travaux de Mlle Pascal. On peut penser sans préjuger d'une étiologie spécifique que ce sang de convalescents est plus riche en produits de défenses utiles ; nous reviendrons plus loin sur ce point à propos des injections intra-rachidiennes de sérum de convalescents.

Technique

Nous avons choisi, pour donneurs, des hommes jeunes, vigoureux, sans tares organiques appréciables ni déficits congénitaux, guéris de leurs troubles mentaux, sur le point de quitter l'asile. Les examens cliniques et biologiques faisant écarter toute crainte de tuberculose, de syphilis ou d'autres infections. En ce qui concerne la recherche de la syphilis, l'examen du sang porte sur le Bordet-Wassermann, le Hecht et le Vernes ; celui du liquide céphalo-rachidien sur le Bordet-Wassermann, le Vernes, le Guillain, l'albuminose, le Pandy et la cytologie. Toutes ces réactions devant être normales.

Nous avons, jusqu'à présent, utilisé comme donneurs des alcooliques et des confus guéris.

Quant aux receveurs, il s'agit de ces mêmes malades que nous retrouverons à propos de la sérothérapie intra-rachidienne, la transfusion ayant généralement précédé la sérothérapie. Dans notre courte expérimentation, nous avons traité des déments précoces confirmés et un délirant; mais nous projetons d'appliquer le même traitement à des psychoses hallucinatoires et à d'autres troubles mentaux. Si nous avons d'abord choisi des déments précoces, c'est en raison du mauvais état général que ceux-là présentaient et dans l'intention d'éviter l'application de ces premières interventions à des cas plus couramment curables.

Préalablement à la transfusion, nous pratiquons l'épreuve de Jeanbreau pour la compatibilité des sangs.

Nous nous proposons, à cette occasion, de reprendre l'examen des groupes sanguins dans les diverses catégories psychopathiques.

Les donneurs et les receveurs se sont prêtés à l'opération avec bonne volonté et sans qu'il y ait eu le moindre incident. Nous employons la seringue de 5 cc. de Louis Jubé — nous transfusons ainsi du sang pur. — La dose habituelle est de 400 cc. Les premiers centimètres cubes sont poussés avec lenteur.

L'intervention terminée, le donneur demeure alité quelques heures, reçoit cinquante centigrammes de camphre soluble et les suites ont, jusqu'à présent, été pleinement satisfaisantes.

Ajoutons que chaque donneur n'a eu qu'un prélèvement.

Ce n'est là qu'une relation de la technique et non un exposé de résultats obtenus, cependant nous pouvons dire, dès maintenant, que les trois malades transfusés qui ont subi, quelques semaines plus tard, la sérothérapie intra-rachidienne, ont bénéficié de la transfusion ; deux d'entre eux se sont améliorés physi-

quement, ont repris de l'appétit et du poids, sans nette modification des réactions mentales ; le troisième, par contre, outre l'amélioration physique, a rapidement accusé des signes d'amélioration mentale.

Bien que nous n'ayons jusqu'alors exclusivement employé la transfusion qu'à titre de préparation à la sérothérapie rachidienne, nous avons l'intention maintenant dans certains cas de nous limiter à la transfusion, en recherchant non seulement ses effets généraux, mais l'utilité de l'emploi du sang d'un convalescent mental dans les cures psychiatriques.

Sérum de convalescent intra-rachidien sous chloroformisation

Le simple énoncé de cette méthode nous oblige à bien préciser que nous ne prétendons pas attribuer aux troubles mentaux une origine infectieuse constante ou déterminée. Cependant, outre les infections générales à retentissement psychique incident, quelques auteurs ont pu rapporter, non sans vraisemblance, tels ou tels syndromes mentaux, à l'action de virus filtrants.

En dehors de cette hypothèse, nous pouvons encore tabler sur l'existence de syndromes psychiatriques de causes toxiques tant endogènes qu'exogènes.

Aussi bien, notre effort tend moins à exercer une action vraiment spécifique qu'à réparer, en quelque sorte, un déséquilibre humoral ou énergétique par l'apport au sujet troublé de substances biologiques prélevées dans un organisme dont les réactions défensives immunisantes viennent d'enrayer un déséquilibre analogue.

Nous pouvons rappeler à ce propos l'utilisation par M. Netter du sérum de poliomyélitiques guéris dans le traitement de l'encéphalite.

Quoi qu'il en soit, nous croyons voir une ample justification de nos tentatives dans cet extrait d'une leçon de M. Arnold Netter, faite à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 décembre 1925.

« L'emploi du sérum de convalescents ou plus exactement d'anciens malades dans le traitement et la prophylaxie est aussi justifié que celui du sérum d'animaux immunisés... mais pour le sérum d'animaux deux conditions sont indispensables : il faut pouvoir disposer de microbes et de toxines définis et ce n'est pas encore le cas pour nombre de maladies humaines. Il faut aussi que l'animal réagisse à l'action de ces microbes et toxines et ceci également est loin de se réaliser toujours.

« Quand ces conditions font défaut, on ne peut trouver ces corps « immunisants que dans le sérum d'anciens malades ; c'est pourquoi « on y a eu et on y aura encore recours en dépit des difficultés aux- « quelles se heurte sa récolte et que vous devinez. En raison de son « origine, ce sérum offre d'ailleurs un avantage qui n'est point négli- « geable. Il provoque moins souvent des accidents sériques. »

En adoptant, pour voie d'apport, la cavité rachidienne, nous nous basons sur les nombreuses tentatives de traitement faites pour porter, au contact immédiat des tissus nerveux, divers médicaments tels que produits anti-syphilitiques (mercure, arsenic, etc.).

Nous nous autorisons surtout des incontestables succès de la thérapie par voie rachidienne dans la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite et le tétanos.

Dans un récent article de la *Presse médicale,* Besredka écrit ce qui suit :

« Avec la sérothérapie locale nous sommes certains d'apporter des « anticorps dans le foyer malade ; or, cette certitude nous manque « dans le cas où les anticorps, véhiculés par le sang, ont à vaincre la « barrière du tissu inflammatoire et œdématié qui se forme souvent « autour de la région infectée. »

Nous n'ignorons pas que les troubles psychopathiques de nos malades peuvent relever de lésions ou perturbations organiques distantes des centres nerveux. On peut néanmoins estimer que l'existence de ces troubles dénote toujours une atteinte particulière des dits centres.

Aussi, croyons-nous devoir arguer des intéressantes expériences de Besredka sur la surefficacité de l'immunité locale passive, pour légitimer le choix de notre voie d'introduction.

Nous n'attachons, bien entendu, à nos essais, une valeur d'immunité que sous réserves, tout en remarquant que le terme d'immunité ne s'applique pas à la seule protection anti-infectieuse, puisqu'on l'emploie également pour qualifier les phénomènes de défense anti-toxique et que certaines expériences de Besredka, citées plus haut, ont trait aux sérums antivenimeux.

Même en employant la voie rachidienne, il reste à franchir des obstacles ; les expériences de Roux ont démontré la résistance qu'oppose le système nerveux à l'immunisation par le sérum.

C'est là l'explication principale invoquée par Henri Dufour après ses succès dans le traitement du tétanos par la sérothérapie antitétanique intra-rachidienne sous chloroforme.

Il juge ainsi l'anesthésie au chloroforme apte à réduire cette résistance du système nerveux. D'autres auteurs ont apporté de nouvelles explications de l'action des anesthésiques, notamment par libération des toxines fixées sur les lipoïdes nerveux.

C'est en tous cas, sur ces diverses raisons que nous nous sommes appuyés pour adopter la méthode de Henri Dufour dans nos injections intra-rachidiennes de sérum de convalescents.

Technique

Le sérum employé provient de sujets choisis dans les mêmes conditions que celles indiquées à propos de la transfusion. Le sang est prélevé à la seringue de Louis Jubé, et recueilli dans des ballons d'Erlenmeyer stérilisés à l'autoclave, dont le goulot est recouvert d'une membrane parcheminée que perforera l'aiguille. Nous recueillons ordinairement 400 cc. Les ballons sont inclinés pour faciliter la séparation du sérum. En général, l'on obtiendra 130 centimètres cubes de sérum clair pour une prise de 400 cc. de sang. Ce sérum, transvasé dans des flacons stérilisés fermés avec un épais bouchon de caoutchouc, subit trois tyndallisations.

Il est conservé au froid. Nous nous organisons actuellement pour les répartir en ampoules de 10 cc.

Jusqu'à présent, nous avons utilisé le sérum peu après sa préparation.

Les sujets traités par ce procédé comprennent trois malades déjà transfusés (deux déments précoces et un délirant), plus un dément précoce traité d'emblée.

Mis à la diète, dès la veille au soir, le sujet reçoit, un quart d'heure avant l'intervention, une ampoule de Sedol sous-cutanée et nous commençons l'anesthésie chloroformique, à la compresse, avec lenteur, de manière à réaliser une anesthésie prolongée, suivant le conseil de Henri Dufour et en employant assez peu de chloroforme. Nous maintenons le malade sous chloroforme pendant au moins une vingtaine de minutes et nous pratiquons la ponction lombaire en décibitus latéral droit. Nous prélevons une quantité de 20 cc. à 40 cc. de liquide variable avec la tension prise à l'appareil de Claude.

Ensuite, nous injectons quarante centimètres cubes de sérum, en poussant lentement. L'intervention est terminée, sauf à maintenir le malade la tête basse dans son lit pendant quelques heures.

L'intervention pourra être reprise, dans les mêmes conditions à un certain intervalle. (Dans nos cas, nous avons attendu une quinzaine de jours).

Nous n'avons pas à relater d'incidents et les suites ont été normales. Les malades reçoivent des injections de camphre et un lavement d'extraits biliaires pendant trois jours consécutifs.

De même qu'en ce qui concerne la transfusion, nous exposons une technique et les raisons qui la justifient, sans nous attacher aujourd'hui à des résultats qu'il serait prématuré d'apprécier.

Nous indiquerons seulement que, sur quatre malades traités depuis un trimestre et dont les troubles déjà anciens se montraient d'allure chronique, tous sont maintenant en état d'amélioration physique nette, trois paraissent évoluer vers la guérison mentale. Le psychisme du quatrième (dément précoce remontant à plus de trois ans) est inchangé.

Le malade dément précoce, qui n'a subi que la sérothérapie intra-rachidienne, s'est amélioré physiquement et mentalement avec autant de rapidité que les deux autres.

Quand de nombreux cas, ayant comporté l'application de ces deux méthodes seront observés, nous pourrons juger plus aisément de leur valeur et de leurs indications respectives, ainsi que de l'utilité de leur combinaison.

Ces interventions, présentant nécessairement quelques risques, nous croyons prudent de ne les tenter qu'après agrément préalable des ayants-droit.

Nous comptons sur un plus grand nombre d'observations favorables pour nous inviter à persévérer.

Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités, par MM. Laignel-Lavastine et Georges d'Heucqueville.

Résumé. — Les auteurs avaient étudié, dans une série de travaux antérieurs, les bases biologiques des tonalités affectives qui caractérisent les différentes psychopathies. D'autres auteurs ont décrit les états affectifs que font naître les drogues neurotropes : opium, haschich, cocaïne, barbituriques. Le présent travail est consacré aux modifications produites sur l'affectivité si particulière des épileptiques par les traitements habituels : gardénal, bromures, *tartrates borico-alcalins*.

L'enquête a porté sur un quartier de 50 épileptiques, observés quotidiennement, qui ont reçu successivement des doses décroissantes de gardénal, puis des bromures, puis du tartrate borico-sodique. Les malades incapables de supporter l'expérience sans présenter une recrudescence des paroxysmes ont été éliminés.

Les résultats se sont révélés d'une concordance remarquable dans toutes les observations. La diminution progressive de la dose de gardénal, quand cette diminution n'influence pas sensiblement la fré-

quence ni l'intensité des paroxysmes, atténue la *viscosité* et *l'irritabilité,* traits essentiels de la tonalité affective épileptique. La cure *bromurée* atténue encore la *viscosité* sans modifier l'irritabilité. La cure *borée* a parfois tendance à augmenter la *viscosité,* mais supprime presque entièrement *l'irritabilité.*

Donc, si le gardénal s'avère la médication spécifique des paroxysmes, les bromures et surtout les tartrates constituent des rectificateurs de la tonalité affective épileptique. L'association de l'un d'eux, spécialement du tartrate, à une faible dose de gardénal apparaît comme la meilleure formule thérapeutique. La courbe *des traumatismes* relevés dans le quartier observé (traumatismes consécutifs d'une part aux paroxysmes, d'autre part aux violences échangées consciemment entre malades), s'abaisse rapidement dès que cette dernière formule est appliquée.

Cette communication sera publiée *in-extenso* comme Mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

Sur certaines azotémies d'origine nerveuse,
par MM. E. Toulouse et A. Courtois.

Lorsque l'urée du sang dépasse la limite supérieure des taux normaux, on pense d'abord généralement à une maladie du rein et les lois de Widal concernant les néphrites chroniques s'imposent à l'esprit.

Nous désirons présenter une interprétation de certaines azotémies où le rôle du rein est secondaire alors que celui du système nerveux paraît prépondérant, en utilisant des observations que nous avons publiées antérieurement (1) et des cas rapportés par d'autres auteurs.

L'origine de ce travail est dans le fait d'une azotémie importante, d'augmentation rapide, comme symptôme constant de ces encéphalites, soit d'apparence primitives, soit secondaires à une infection connue (rentrant alors dans le cadre des encéphalites post-infectieuses), que nous avons décrites avec M. Marchand sous le nom d' « Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques » (2).

Dans ces cas, évoluant sous le type clinique du délire aigu et sur la symptomatologie desquels nous n'insisterons pas l'azotémie apparaît d'abord comme symptôme isolé. Il y a bien

(1) A. Courtois. — De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës. *Soc. de Biologie,* 13 avril 1929. A. Courtois et Mlle Russell. *Soc. Cl. de M. M.,* 16 mai 1929.

(2) *La Presse Médicale,* 12 avril 1930.

de l'oligurie, parfois quelques centigrammes d'albumine, mais on ne trouve pas de cylindrurie (1). La concentration uréïque reste souvent satisfaisante. Enfin, l'examen histologique pratiqué dans une cinquantaine de cas par M. Marchand, ne révèle pas de lésions de néphrite aiguë ou chronique (2). D'autre part, si l'évolution est favorable, le rein retrouve rapidement toute sa valeur fonctionnelle, ramène en 4 à 6 jours une azotémie dépassant 4 grammes à des chiffres normaux. De même, après guérison, nous n'avons pas vu persister des séquelles rénales.

Cette azotémie est ainsi apparue comme un symptôme assez mystérieux qui a suscité de nombreuses interprétations ; nous ne pourrons y insister ici longuement. On a invoqué une hépatonéphrite (3) associée à un processus complexe de désintégration cellulaire, le jeûne (4), la déshydratation, l'agitation et la fièvre, l'oligurie.

Mais, sauf la désintégration cellulaire, aucun des autres éléments n'est constant. Il n'y a pas, d'habitude, de néphrite aiguë ou chronique. Le refus d'aliments est combattu par le sondage alimentaire et les injections de sérum glucosé ou physiologique (500 à 1.500 cc. par jour). D'ailleurs, il est fréquent que, pendant la période de rémission qui suit l'agitation des premiers jours, l'alimentation devienne facile et suffisante, ce qui n'empêche pas la hausse inexorable de l'urée du sang dans les cas mortels. D'autre part, le jeûne — nous l'avons encore vérifié — s'accompagne, tout au moins dans la première semaine, d'hypoazotomie et non pas d'augmentation de l'urée sanguine. Et même, dans certains syndromes mentaux (dépression, démence précoce), après plusieurs jours de jeûne, l'azotémie dépassait peu 0,50 (0,52, 0,65...). L'agitation manque dans la forme stuporeuse. La fièvre est rarement absente ; mais souvent, elle dépasse à peine 38°. Quant à l'oligurie, elle est habituelle, mais son taux variable. Ainsi, dans un cas où la rétention d'urine continue permettait un sondage quotidien, on recueillit tous les jours 800 à 1.000 cc. d'urine contenant 29 à 32 grammes d'urée par litre, jusqu'à l'heure du décès ; or, l'azotémie régulièrement croissante n'en atteignait pas moins 4 gr. 85 à la fin.

(1) Nous l'avons seulement constatée, dans de rares cas de népbrite associée où la culture des urines montrait du colibacille ou du pneumobacille de Friedlander. L'examen histologique confirmait alors l'existence d'une inflammation rénale.

(2) M. Marchand observe une « tuméfaction trouble de l'épithélium des tubes contournés », modification que M. Dechaume hésite même à retenir.

(3) Targowla. — Le problème de l'azotémie en pathologie mentale. *Soc. Cl. M. M.*, 1929, p. 156-160.

(4) Pouffary. — *Thèse Paris*, 1932-33.

C'est dire que tout en acceptant le rôle des facteurs invoqués, il faut reconnaître leur inconstance et ne retenir que ceux qui s'observent dans tous les cas. Ils sont au nombre de trois principaux : signes psychiatriques d'atteinte cérébrale (confusion, stupeur), fonte musculaire considérable (certains malades perdent 10 kilos et plus en 15 jours), azotémie. On n'hésitera pas à rapporter la confusion mentale à une atteinte diffuse et globale des hémisphères, spécialement des lobes frontaux, que l'examen histologique révèle comme zones de lésions électives. C'est également à un processus nerveux qui atteindrait les centres trophiques des muscles qu'on doit — semble-t-il — rapporter la fonte musculaire rapide en fonction des lésions observées au niveau des cellules des cornes antérieures de la moelle et surtout de celles des régions basilaires cérébrales qui sont touchées comme tout l'encéphale et dont les altérations s'observent aussi dans d'autres syndromes d'évolution plus lente, dans la cachexie dite tubérienne par exemple.

Cela expliquerait l'origine des albumines tissulaires détruites et qui doivent être éliminées. Mais il faut tenir compte aussi du fait que le système nerveux commande, sans doute par ses régions végétatives, à l'activité fonctionnelle de tous nos organes. Le foie (1) et le rein n'échapperaient pas à cette règle, d'où l'insuffisance fonctionnelle rénale, observée sans atteinte primitive du rein, et disparaissant dès que cède l'intensité des symptômes généraux et psychiques.

Cette interprétation expliquerait encore les rapports étroits qui existent dans ces cas entre les variations de l'azotémie et la gravité de l'évolution qui est en rapport direct avec l'intensité et l'irréversibilité des lésions cérébrales. C'est pourquoi, sans doute, l'azotémie reste seule des autres symptômes de l'affection à permettre d'apprécier sa gravité réelle et à autoriser dans la majorité des cas un pronostic sûr (2).

Mais, si cette hypothèse est valable, l'azotémie devrait se retrouver dans tous les syndromes à évolution aiguë où se manifeste une atteinte plus ou moins grave du cerveau. Or il en est bien ainsi.

D'abord l'azotémie élevée n'est pas un symptôme spécial aux

(1) Kraus situe déjà le centre régulateur dn fonctionnement hépatique au nivean du noyau dn vague (cité par Ch. Richet fils et Dublineau).

(2) On connaît anssi le rôle du foie et l'hyperuréogénie hépatique, mais l'hyperfonctionnement dn foie n'explique pas l'origine des albumines détruites. D'ailleurs, tont comme l'urée, l'azote résidnel du sang est angmenté et pent atteindre 2 gr. 0/00 an lieu des taux normaux de 0 gr. 10 et 0 gr. 15.

encéphalites aiguës dont nous venons de parler, on l'observe chaque fois que se trouve réalisé le syndrome de « délire aigu » quelle qu'en soit la cause. Nous avons signalé cette hyperazotémie dans les formes aiguës de la paralysie générale (1) où la mort survient une à deux semaines après le début apparent des premiers troubles mentaux et où elle peut dépasser 8 grammes.

Le delirium tremens des alcooliques (2) en offre d'autres exemples. Le taux de l'urée sanguine atteint parfois 3 gr. à la fin de l'évolution des formes graves, mais non mortelles ; l'oligurie est ici fréquente, mais d'importance variable. Il arrive que la sidération fonctionnelle rénale atteigne à l'anurie.

Rappelons encore que dans ces cas (paralysie générale et delirium), le rein est trouvé histologiquement indemne.

Dans les formes moins graves de confusion mentale, M. Targowla (3) a montré la fréquence d'une certaine rétention azotée passagère et de son caractère secondaire. On la retrouve aussi au cours d'accès dépressifs avec stupeur.

Dans les formes aiguës de l'encéphalite épidémique, M. May (4) la signale et y voit l'indice non pas d'une lésion rénale, mais de la destruction exagérée des albumines tissulaires.

Bouttier et Mestrezat (5) ont observé chez une épileptique en état de mal, et consécutive aux accès, une azotémie de 1 gr., 42 avec une uréorachie de 1 gr., 40. Nous-mêmes avons relevé 0,88 % au 3e jour d'un délire aigu épileptique curable. Expérimentalement, Morgan et Johnson (6), chez des chiens, provoquent par destruction de la région tubérienne des convulsions accompagnées d'une augmentation de l'azote protéique et non protéique du sang.

Dans les formes aiguës mortelles de la psychose alcoolique de Korsakoff, où la destruction des cellules nerveuses est vérifiée histologiquement, l'azotémie monte et peut dépasser 4 gr., mais seulement si la sidération cérébrale manifestée par la confusion ou la stupeur s'associe aux symptômes paraplégiques. Au contraire, nous avons observé des cas où la fonte musculaire était intense, mais l'atteinte encéphalique légère et où l'azotémie restait normale ou peu augmentée.

(1) L. Marchand et A. Courtois. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 22 juin 1931, Schmierer, *Thèse Paris*, 1932.

(2) E. Toulouse, A. Courtois et Mlle Russell. — *Soc. Méd. Psych.*, février 1931, Ann. p. 124.

(3) Azotémie et acidose dans la confusion mentale. Azotémie et troubles mentaux. *Presse Médicale*, mars 1922, p. 225 et avril 1924, p. 336.

(4) Encéphalite épidémique. *Nouv. Traité de Médecine*, Tome IV.

(5) Soc. de Neurologie, déc. 1920, p. 1225.

(6) *Arch. Neur. a. Psych.* 1930 (cités par Ch. Richet fils et Dublineau).

Enfin, la rétention uréique sanguine est un fait général dans les maladies infectieuses graves [Achard et Feuillié (1) ; Paisseau (2) ; Liber ; Gilbert, Chabrol et Dumont (3) ; Merklen et Kudelski (4)], surtout dans les cas où l'atteinte nerveuse est manifeste. Par exemple, dans la méningite tuberculeuse nous avons vu l'uréorachie dépasser 3 grammes (5).

Dans ces cas de maladies infectieuses — mise à part une néphrite associée, ce qui est rare — on invoque l'oligurie et surtout la désassimilation azotée, mais on ne cherche pas d'habitude à rattacher ce symptôme à un facteur cérébral, en le faisant dépendre plutôt d'un trouble général du métabolisme provoqué par l'élément infectieux. Même dans ce cas, l'hypothèse d'un trouble nerveux ressortissant lui aussi au facteur infectieux ne devrait pas être écarté.

Dans un autre domaine, la pathologie infantile, MM. Nobécourt et Maillet (6), étudiant l'azotémie des nourrissons dans les infections aiguës et l'athrepsie, la rapportent également à une « désassimilation azotée exagérée ».

La chirurgie nous offre des exemples d'azotémies post-opératoires chez des sujets dont le fonctionnement rénal a été préalablement trouvé normal. Ici, des facteurs multiples peuvent d'ailleurs être invoqués, anesthésie, infection parfois, et aussi destruction des éléments tissulaires frappés de mort par le traumatisme chirurgical. M. Robineau (7) rappelle, en outre, le rôle possible d'une hypochlorémie.

Il faut citer encore que, parmi ces azotémies chirurgicales, les taux les plus élevés ont été observés après les interventions sur les centres nerveux. Dans ces cas, entre autres phénomènes post-opératoires (fièvre, hypotension, hémorragies viscérales), M. de Martel (8) relève une azotémie de 2 à 3 grammes. Il explique les divers troubles par une « souffrance » des noyaux du III[e] et du IV[e] ventricule due à l'hypertension du liquide ventriculaire. M. Lhermitte, de son côté, rapporte ces azotémies à une irritation des centres végétatifs par le traumatisme opératoire.

(1) Sur la rétention de l'urée dans les maladies aiguës. *Soc. de Biol.*, 1912, p. 1007.

(2) Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade. *Thèse Paris*, 1905-06.

(3) *Paris Médical*, 16 nov. 1918.

(4) Sur la valeur pronostique de l'azotémie dans les infections aiguës. *Soc. Médicale Hôpitaux*, 30 juin 1919, p. 605.

(5) Voir encore : Gonzalez : Diphtérie et urée sanguine. *La Semana Médica*, 12 janv. 1933 ; An. *Presse Médicale*, 27 mai 1933.

(6) L'azotémie des nourrissons. Maillet, *Thèse Paris*, 1912-13.

(7) *Société de Chirurgie*, 22 mars 1933.

(8) *Congrès Neurol. intern.*, Berne, 1931.

Enfin, l'insuffisance cardiaque doit être retenue encore dans certains des cas que nous venons de passer en revue car on connaît les azotémies qui cèdent à la digitaline (Josué et Parturier) (1). Et c'est ici qu'il faut rappeler également que l'azotémie est un symptôme constant de l'agonie quand elle se prolonge. MM. Dumitresco et Popesco (2) ont insisté sur sa fréquence.

Nous-mêmes, sur 108 décès de causes diverses (maladies générales, infections, intoxications, tumeurs cérébrales, méningites, encéphalites), avons trouvé l'urée du liquide céphalo-rachidien (3) supérieure à 1 gr. dans 81 cas (4). Dans 22 autres, elle dépassait 0 gr. 50 et souvent largement. Les 5 cas où le taux de l'urée était normal concernent des sujets morts subitement ou après un coma de quelques heures. Mais, déjà à la vingtième heure d'un coma par intoxication volontaire (gardénal), nous trouvions 0 gr. 91 d'urée dans le liquide céphalo-rachidien (5). Nous voyons donc que tout coma qui se prolonge, s'accompagne d'azotémie sans que pour cela une néphrite soit en cause. Et c'est en méconnaissant ce fait qu'on a pu rapporter à une maladie du rein un coma d'autre origine sur la seule constatation d'un taux d'urée sanguine variant entre 1 et 2 grammes, alors que c'était le coma lui-même qui provoquait l'azotémie et qu'il n'avait pas été provoqué par elle.

*
**

Ainsi, nous avons rassemblé des cas où l'azotémie ne pouvait être rapportée à une maladie primitive du rein, mais accompagnait régulièrement des syndromes où l'atteinte nerveuse est manifeste ou discrète.

Peut-on aller plus loin dans cette hypothèse et localiser dès maintenant dans les centres nerveux la région qui réglerait le métabolisme azoté ?

C'est ce qu'ont tenté de réaliser par la méthode expérimentale MM. Charles Richet fils et Dublineau (6). Ils ont constaté chez le lapin qu'une piqûre de la région bulbo-protubérantielle le plus souvent provoque une azoturie, mais qui n'est guère manifeste

(1) L'azotémie des asystoliques. *Presse Médicale,* 3 mai 1917.
(2) L'azotémie et la mort. *Presse Médicale,* 27 juillet 1914.
(3) Elle est de quelques centigrammes inférieure à celle du sang pour les taux modérés.
(4) En dehors des encéphalites psychosiques aiguës, il est rare que le taux de l'urée dépasse 2 gr. 0/00.
(5) Nous tenons à remercier ici Mlle Russell qui a pratiqué la plupart des dosages.
(6) La régulation du métabolisme azoté par les centres nerveux. *Journal de Physiologie et de path. générale,* mars 1933, p. 64-81.

avant 48 heures, et une azotémie importante, mais qui s'observe surtout dans les cas mortels. Il faut rappeler à ce sujet la fréquence des azotémies post-opératoires et préagoniques, ce qui demande de nouvelles vérifications (1). Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'expériences très importantes qui ont posé le problème du métabolisme azoté sur le plan d'étude le plus rationnel.

Rappelons encore que, dans sa thèse (2), M. Chaillet s'appuyant sur les constatations histologiques de M. Dechaume tend à rapporter l'azotémie des encéphalites psychosiques aiguës à des lésions du tuber et du plancher du III[e] ventricule. Malheureusement dans ces encéphalites aiguës, les lésions inflammatoires et cellulaires sont bien diffuses pour qu'on puisse tirer de ces seuls cas des preuves suffisantes.

Toutefois, nous croyons, comme ces auteurs, que c'est au niveau du système nerveux, sans doute dans les régions végétatives, qu'existent des centres régulateurs du métabolisme tissulaire et d'autres qui contrôlent l'activité des diverses fonctions générales d'assimilation et d'élimination.

Mais dans ces conditions on voit toute la complexité du problème. Dans les cas que nous venons de passer en revue il n'y a sans doute pas que le métabolisme azoté de perturbé, mais aussi d'autres métabolismes importants. Et l'on assiste un peu partout, depuis une dizaine d'années, à un travail d'analyse qui apporte des faits nouveaux sur la régulation nerveuse des métabolismes de l'eau, des hydrates de carbone, des graisses, des minéraux, des métaux... (3).

Nous avons désiré, en partant d'un grand nombre de faits que nous avons contribué, pour certains, à mettre en lumière, apporter ici une interprétation pathogénique qui tend à rattacher les troubles de la destruction des albumines tissulaires et de l'élimination des déchets azotés — troubles révélés par l'azotémie — à une atteinte de l'encéphale vraisemblablement dans les régions végétatives de la base.

M. H. Baruk. — On ne saurait trop insister sur l'intérêt de ces cas d'azotémie d'origine cérébrale que vient d'étudier M. Courtois. Le rôle des centres végétatifs dans la régulation des fonctions tissulaires et humorales apparaît de plus en plus important ; les

(1) Nous savons par notre ancien interne et ami Dublineau que des expériences de contrôle sont en cours.

(2) L'encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Thèse Lyon*, 1932.

(3) On trouvera, dans les *Annales de Médecine* (mars 1933), l'exposé des connaissances actuelles sur « l'hypothalamus et l'hypophyse », notamment dans une importante revue critique de MM. Roussy et Mosinger : Le tuber cinereum et son rôle dans les principales fonctions du métabolisme.

modifications de la polypeptidorrachie étudiées au cours de diverses perturbations centrales (Fiessinger, Olivier, Claude, Dublineau, Mlle Bonnard et nous-mêmes) sont à rapprocher de ces modifications de l'azotémie.

M. Courtois discute le rôle du rein en pareil cas. Je me demande si l'on ne peut parfois aller encore plus loin qu'il ne vient de l'indiquer, et s'il n'y a pas lieu d'envisager de véritables néphrites aiguës consécutives à des lésions centrales. Rappelons à ce sujet le cas de Trémolières et Vérau où une petite lésion protubérantielle détermina successivement des névraglies du trijumeau, des troubles vasculaires généraux, des poussées d'hypertension artérielle, et enfin une néphrite azotémique mortelle. J'ai pu également observer chez une malade ayant subi une blessure cérébrale par balle de révolver et dont j'ai publié l'observation avec Ivan Bertrand et Hartmann, le développement de troubles vasculaires et enfin l'apparition d'une néphrite qui finit par emporter le malade.

M. DUBLINEAU. — Je remercie MM. Toulouse et Courtois d'avoir bien voulu rappeler dans leur travail les expériences de M. Ch. Richet fils et de moi-même, tendant à démontrer l'existence, au niveau de centres nerveux, d'une région régulatrice du métabolisme azoté. Une fois publiés nos premiers résultats (1), nous avions, dans une communication de juillet 1930 à cette Société, passé en revue les différentes hypothèses pouvant expliquer les azotémies constatées au cours des syndromes neuro-psychiques et nous nous appuyions sur nos faits expérimentaux pour attirer l'attention sur l'origine nerveuse de certaines azotémies. Depuis, nous avons repris la question dans divers articles. Un mémoire récemment paru dans le « *Journal de physiologie et de pathologie générales* » fait le point de l'état actuel de nos travaux sur ce sujet. Pour n'en rappeler que les conclusions essentielles, nous retiendrons deux ordres de faits, selon que la lésion expérimentale de la base du cerveau (par embrochage avec une aiguille de verre ou un fil d'argent laissés en place) est, ou non, mortelle.

(1) RICHET fils (Ch.) et DUBLINEAU (J.). — Effets de la piqûre du IVe ventricule sur la combustion des matières protéiques. *C. R. Acad. Sc.*, 1931, CXCII, 1588. Considérations sur la pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales. *Ann. Méd. psychol.*, 1931, LXXXIX, 183. Les hyperazotémies et les hyperazoturies d'origine nerveuse. *Progrès Médical*, 1931, p. 1373 (avec bibliographie). La régulation du métabolisme azoté par les centres nerveux. *Congrès Internat. de Physiol.* Rome, août-septembre 1932. La régulation du métabolisme protéique par les centres nerveux. *La Médecine*, septembre 1932. La régulation du métabolisme azoté par les centres nerveux. *Journ. de Phys. et Pathol. gén.*, 1933, XXXI, 64-81.

I. Des lésions graves, mal limitées, bulbo-protubérantielles, évoluant en quelques jours vers la mort, donnent une azoturie et une azotémie intenses. Six fois sur sept, nous avons eu de d'hyperazotémie (une fois, elle n'a pas été recherchée), six fois sur huit, nous avons eu une hyperazoturie. Dans tous les cas, on note une perte de poids et une fonte tissulaire considérables.

II. Dans 17 cas, nous avons réussi à obtenir des lésions mieux limitées et moins intenses, ce sont les faits qui de beaucoup nous paraissent les plus intéressants ; 9 fois, nous avons observé des troubles du métabolisme azoté, huit piqûres sont restées sans effet. Dans les cas positifs, nous constations surtout une augmentation de l'azoturie (rarement accompagnée d'hyperazotémie). Cette hyperazoturie fut tantôt précoce, et déjà manifeste dans les 48 heures, tantôt tardive, survenant au delà du 5e jour. Elle est intense et précoce dans les régions avoisinant immédiatement la partie supérieure de la protubérance. Elle est plus tardive à mesure qu'on s'éloigne de cette région. Encore intense lorsqu'elle intéresse la région de l'aqueduc de Sylvius, la région cérébello-protubérantielle inférieure, elle existe encore, mais modérée, par lésion du cervelet ou du tuber. Elle peut être alors considérée (au moins en partie) comme le résultat d'une irritation à distance du centre protubérantiel principal. Des lésions frontales, juxtatubériennes, pédonculaires ou cortico-cérébelleuses légères sont demeurées sans effet.

A ces faits, nous ajouterons des faits cliniques et expérimentaux récents publiés en Italie [Riccitelli (1), Lolli (2)], dont nous venons d'avoir connaissance. Une excitation électrique de plancher du IVe ventricule chez le lapin aurait déterminé une azotémie presque immédiate dans un grand nombre de cas. Cette extrême précocité du phénomène permettrait de le spécifier et de le différencier de la simple azotémie organique sur laquelle MM. Toulouse et Courtois viennent d'apporter des faits cliniques d'un si remarquable intérêt.

M. Marchand. — Je remercie MM. Toulouse et Courtois d'avoir bien voulu appuyer leurs hypothèses sur les résultats des nom-

(1) Riccitelli (L.). — L'azotémie nelle memingo ed encefalopatie (Ricerche cliniche e spérimentali). *Archiv. di Patologia e clinica Medica*, 1932, XII, 116-152. Uber den Harnstoffgehalt, die Harnsaüre und das Cholesterins des Blutes bei Hirnhaut und Gehirnkrankheiten. *Klinische Wochensch*, 1932, XI, n° 52-53, p. 2155-2156.

(2) Lolli (N.). — Il comportamento del tasso ureico, dell'acido urico e del colesterolo del sanguenel corsodi memingo ed encefalopatie. (Ricerche cl. et sperimentali). *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1933, XLI, 96-137 (avec deux pianches photographiques).

breux examens que j'ai faits concernant les cas de délire aigu par encéphalite psychosique, et dans lesquels les lésions cellulaires sont considérables.

A propos de l'action possible des lésions rénales sur la rétention uréique, je rappellerai l'observation très intéressante de délire aigu, dans laquelle nous avons trouvé, à l'autopsie, une néphrite aiguë. Dans ce cas, le taux de l'urée sanguine, qui était très élevé, ne l'était pas davantage que chez les sujets à reins et foie peu lésés.

Je signalerai enfin que dans le tétanos on trouve également des taux très élevés d'urée sanguine.

M. COURTOIS. — D'accord avec M. Baruk, j'admets la complexité des phénomènes et l'intrication des effets produits par les lésions nerveuses et viscérales. Comme le dit M. Dublineau, il doit y avoir des centres régulateurs du métabolisme azoté que l'on parviendra à la longue à localiser. Les arguments de M .Marchand montrent d'une façon évidente le rôle essentiel des lésions nerveuses dans le mécanisme de cette azotémie.

Périodicité saisonnière d'une mélancolie à forme paranoïde, par M. ELLENBERGER.

Dans le « Traité clinique de la folie à double forme » de Ritti, on trouve deux observations de psychose maniaque-dépressive à rythme saisonnier. Dans le premier cas, une femme présentait régulièrement des alternatives d'excitation hivernale et de dépression estivale. Dans l'autre, un jeune homme passait l'hiver dans un état de dépression, qui, au printemps, « comme s'il était entraîné par le mouvement de la nature », faisait place à l'excitation hypomaniaque.

Nous avons observé une périodicité analogue chez un malade qui, d'autre part, est intéressant par la forme paranoïde ou paraphrénique de chacun de ses accès et de son état terminal.

M. B., âgé de 71 ans, ancien marchand de diamants, de race israélite, est depuis longtemps un vieux pilier de maisons de santé. Dans celle où il se trouve depuis 7 ans, il se présente alternativement sous deux aspects différents, suivant la saison.

En hiver, il reste confiné dans sa chambre et au lit. Sa chambre est toujours rangée dans le même ordre et encombrée de vieux journaux. La fenêtre reste toujours fermée, et son lit placé à l'autre extrémité, de telle façon qu'il puisse la surveiller constamment. Vient-on le voir, il reçoit le visiteur ou le médecin avec mauvaise humeur et demande à ne plus le revoir. Presque tous les jours, à la fin de l'après-midi, on

entends des grognements partir de sa chambre, des sons forts et indistincts : « Euh », parfois les cris de « salauds », « bandits », « assassins ». Si l'on vient se plaindre, il proteste de son innocence, prétend qu'il n'a rien entendu ou que cela doit venir d'une autre chambre, mais ensuite il se tait. Au dire du personnel de la maison, on l'aurait entendu aboyer comme un chien, pour faire croire à ses ennemis qu'il y a un chien dans sa chambre pour le défendre (?). Son service même est réduit au strict minimum. Ses seuls rapports avec la société consistent dans la lecture approfondie du « Journal », qu'on lui apporte tous les matins et qu'il conserve soigneusement.

En été, pendant la journée, on remarque dans le parc de l'établissement, un élégant gentleman, bien habillé, coiffé d'un chapeau melon, tenant une canne au pommeau d'argent. Mêlé à la société, il s'y comporte honorablement et s'associe aux banalités de la conversation mondaine. A l'entendre, si bien renseigné sur les actualités, on ne croirait pas qu'il n'a jamais quitté la maison une seule fois depuis 7 ans. A la fin de l'après-midi, il devient plus réservé, observe de longs moments de silence, puis brusquement quitte la compagnie sans prendre congé et se retire dans sa chambre. A la fin de l'été, au début de l'automne, il commence à devenir moins sociable. Il s'en va un soir à sa manière habituelle, sans prévenir de rien, et ne reparaît plus, et l'on est fort étonné d'apprendre que l'homme du monde qui a disparu n'est autre que « le malheureux dément », que l'on entend hurler dans sa chambre.

L'examen de ce malade, à cause de son extrême méfiance, est impossible en hiver, difficile en été. A peine lui parle-t-on de lui-même, il détourne la conversation. Cependant, à de rares moments, il se livre, et l'on apprend alors l'existence d'un délire dont l'énormité surprend.

Il semble s'attribuer une personnalité autre que la sienne. Il prétend être né à Paris (au lieu de Hambourg), et mesurer 2 mètres de haut (au lieu de 1 m. 65). Il a un *nom,* dit-il mystérieusement, sans vouloir expliquer davantage.

Il n'est pas un homme comme les autres. *Il est en or.* Tous les autres sont en terre. Quand il est né, il avait la taille d'un enfant de deux ans, il avait des dents, il parlait, il mangeait comme tout le monde. Au moment de sa naissance, sa mère avait une peur effroyable, croyant qu'il était l'ogre aux bottes de 7 lieues et qu'il allait lui faire du mal, et c'est pourquoi elle l'a poursuivi de sa haine pendant toute sa vie, et l'a fait aller en maison de santé. On prétend qu'il a une hernie, c'est faux : « Une hernie, mais pensez-vous, c'est le ventre défoncé. » Il peut taper dessus tant qu'il veut, cela ne lui fait aucun mal. Il a peur du feu, du tonnerre, de l'orage. « Vous savez très bien que je ne peux pas être en contact avec l'électricité », dit-il, et comme on lui demande des explications, il se fâche.

Il ne mourra jamais, dit-il. Tous les autres mourront, sauf lui, Il aura ses gens à lui qui ne seront pas des humains. Ce sera l'âge d'or. On ne mangera pas de viande, mais une nouriture comme on en mangeait au temps de l'âge d'or. Comme on lui demande s'il deviendra

Dieu, il se fâche, ce n'est pas cela. « J'en ai encore pour 150 ans à m'ennuyer, mais après... Il y aura alors un grand règlement de compte. » Ce sera alors le jugement dernier. Chacun sera jugé selon ce qu'il a fait, et lui restera seul. Il se vengera de son frère, qu'il appelle son « Singe ». « Je ferai expier mon Singe, il sera servi. »

Il existe en effet des idées de persécution : Il prétend n'être pas malade. C'est son frère qui, en lui retirant ses biens, l'oblige à vivre en maison de santé. Il affirme de plus que le directeur de l'établissement est affilié à la police, ou à une bande d'apaches. Ces gens, de connivence avec lui, viennent la nuit parler tout autour de la maison, jusque vers deux heures du matin. Un jour, notre malade occasionna un grand scandale, en injuriant le directeur du haut de la fenêtre de sa chambre.

Le début paraît remonter à l'âge de 25 ans, par un accès que le Dr Le Menant, des Chesnais, qualifie de *mélancolie* et décrit ainsi : « Une perturbation générale de l'activité psychique, caractérisée par une défiance très grande de lui-même et la conscience de l'infériorité de ses aptitudes, aussi abandonne-t-il ses occupations ordinaires, refusant de sortir et cherchant à s'isoler le plus possible..., des hallucinations des différents sens..., des troubles des voies digestives, anorexie, état saburral, constipation, et une dépression consécutive de tout l'organisme... » ; ajoutons des crises d'anxiété et des impulsions agressives. Ces accès de mélancolie se renouvellent à trois reprises, de 25 à 29 ans, avec le même aspect clinique, une durée de 5 à 6 mois, des rémissions de longueur variable et qui deviennent moins franches à partir du troisième accès.

Au quatrième accès, le malade entre dans la maison de santé du Dr Semelaigne pour « Mélancolie avec impulsions ».

En 1897, nouvel internement pour « mélancolie avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale..., idées de persécution, impulsions violentes ».

En 1901, c'est au moins le sixième accès, et la symptomatologie s'éloigne davantage de la mélancolie. Les certificats signalent en effet : « Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, idées de persécution, excitation violente par intervalles..., actuellement il se plaint surtout de son frère qu'il dit avoir des pensées sinistres, le persécute, veut le pousser à bout pour le rendre à bout de tout et tout à fait fou, lui procure une sensation bizarre, une sorte de vibration à la tempe gauche qui l'affole et lui donne des crises d'excitation..., il entend des voix venant de distances considérables. Le malade dit avoir fait une tentative de suicide pour échapper à ces tortures... » Le rapport médical, établi par le Dr Sérieux, constate que le tableau clinique est celui de la démence précoce, avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, excitation par intervalles.

En 1904, le malade est de nouveau interné, cette fois-ci avec le diagnostic de « confusion mentale aiguë avec agitation » (Dr Bosviel).

En 1906, un certificat des Drs Justin Weil et Roubinovitch décrit un accès (c'est au moins le huitième), de *mélancolie anxieuse,* avec

hallucinations visuelles et auditives. « Il aperçoit, dit-il, des flammes qui lui sortent du cerveau. Il se voit tomber dans des précipices. Il est convaincu qu'il représente un grand danger pour les personnes de son entourage et même pour l'immeuble, à cause des feux qui s'échappent de lui. Obéissant à cette idée d'auto-accusation, il demande à être interné le plus tôt possible..., actuellement très anxieux, il passe des journées à se lamenter et à s'accuser. » Le malade sort 3 mois après, « amélioré, non guéri ».

Nous le retrouvons en 1912, atteint de « dépression », troubles cénesthésiques multiples, idées de possession et hallucinations psychomotrices multiples : « on connaît ses pensées avant lui, on parle par sa langue et contre sa volonté ». (Dr Bussard). Le certificat de sortie, en janvier 1913, le déclare « guéri de son accès, rechute probable à une époque plus ou moins éloignée ».

Cette rechute, qui est au moins le dixième accès, survient en août 1914. Le certificat immédiat du Dr Semelaigne décrit : « Etat mélancolique, hallucinations de l'ouïe, surtout la nuit, lorsqu'il ferme les yeux. Quelques hallucinations de la vue, frayeurs sans motifs. Ces phénomènes morbides, qui paraissaient assoupis, ont reparu dès la déclaration de guerre. »

Nous perdons complètement de vue le malade jusqu'au 1er avril 1924, où il entre, avec le diagnostic de « dépression post-grippale », dans la maison de santé où nous l'avons connu.

Il s'agit donc d'une psychose intermittente, qui, après de nombreux accès irrégulièrement espacés, a fini par adopter un rythme saisonnier. Les accès antérieurs présentent tous les symptômes de la mélancolie aiguë : tristesse, anxiété, idées d'infériorité et d'auto-accusation, etc. Cependant, de nombreux troubles associés : idées de persécution et de possession, hallucinations et pseudo-hallucinations multiples, impulsions violentes, donnent à ces crises un aspect paranoïde, et la meilleure preuve en est qu'un clinicien aussi éminent que M. Sérieux ait d'abord diagnostiqué : démence précoce, et ultérieurement conclu au diagnostic d'accès dépressif.

D'autre part, le délire de notre malade présente tous les éléments du syndrome de Cotard : idées de transformation corporelle, de grandeur, d'immortalité. La principale différence est une sorte de transposition optimiste. A l'opposé du mélancolique habituel proclamant que « son corps est composé de débris impérissables et qu'il restera seul au monde enterré vivant pour l'éternité », notre malade n'est transformé en rien d'autre qu'en or, ce qui le sépare de l'humanité, c'est la grandeur de son destin, et s'il est immortel, c'est pour une immortalité bienheureuse.

En définitive, on peut admettre que l'aspect paranoïde de la

maladie provient du terrain psychopathique particulier sur lequel la psychose intermittente a évolué. Elle correspondrait à la psychose intermittente des dégénérés des anciens auteurs, et réaliserait cet alliage de la cyclothymie et de la schizophrénie décrit par Bleuler et par Kretschmer.

Aperçu sur la biochimie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales : la recherche du potassium, par M. Mares CAHANE.

(Laboratoire de l'hôpital de Diciosanmartin Tamava-Mica, Roumanie).

Après l'examen biochimique du sang, de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur l'importance de l'étude du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales du même point de vue (H. Claude, C.-L. Parhon, Laignel-Lavastine, etc.).

La glycorachie chez les aliénés fut étudiée par Bernard et Alpers, Weston, Dide, Pagès et Baudouin, Targowla, Rouquier, Katzenelbogen et Stoiloff, etc.

Dans les différentes affections, la glycorachie a oscillé entre 0,44 et 0,94 p. 1.000, sauf dans l'encéphalite léthargique, où la plupart des auteurs ont trouvé une hyperglycorachie, sans mentionner si ces cas s'accompagnaient de troubles mentaux (Netter, Cosmovici, Dekenwer, Dumolard, Aubry, Bénard, Bellet, Belarmino Rodriguez, Crawford et Cantarow, etc.).

Avec Ballif et Stirbu (1), nous avons examiné 36 cas de Parkinson post-encéphalitiques, parmi lesquels nous avons pu noter des troubles mentaux (dépression mélancolique, excitation maniaque, état schizoïde, crises épileptoïdes, troubles du caractère, etc.). La glycorachie a varié entre 0,50 et 0,98 p. 1.000, avec une moyenne de 0,74 p. 1.000.

Le cholestérol ne fut pas trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des sujets sains. Pighini l'a mis en évidence dans les états pathologiques, surtout dans le tabès, la paralysie générale, la démence précoce et l'épilepsie.

Mott confirme la présence du cholestérol dans la paralysie générale et dans la démence précoce. Des résultats semblables furent notés par Gœdel. Avant les accès d'épilepsie, le cholestérol est augmenté pendant que dans les périodes entre les accès convulsifs on n'en trouve que des traces.

La quantité d'urée du liquide céphalo-rachidien est influencée par l'azotémie. Targowla, Ballif ont trouvé l'urée augmentée

(1) *Congrès de la Société Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, Oradea, 1928.

dans les psychoses où l'on trouve un facteur rénal. Toulouse, Marchand et Courtois notent une importante augmentation de l'urée dans les encéphalites psychosiques.

Avec A. Henrich (1), nous avons étudié, dans les maladies mentales, l'urée du liquide céphalo-rachidien et nous l'avons trouvé augmentée dans les états de confusion mentale où elle a varié entre 0,26 et 2,40 p. 1.000 gr., avec une moyenne de 0,69. Dans les autres affections mentales, l'urée du liquide céphalo-rachidien a oscillé dans les limites normales.

La présence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien fut notée par Mott et Haliburton (1898) chez les tabétiques. Crumprecht l'a trouvée aussi chez les paralytiques généraux. Donath confirme ces résultats. De même que Riedel, il l'a mis en évidence dans le liquide céphalo-rachidien des épileptiques et lui reconnaît un pouvoir convulsivant.

Récemment, H. Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bonard (2) ont observé surtout dans les psychoses éthyliques, aiguës ou subaiguës, une augmentation de la peptorachie de 15 à 70 mgrs. et de l'indice de désamination. Cette peptorachie s'est atténuée parallèlement à l'amélioration clinique.

Ballif et Gherscovici (3), en étudiant le *p*H et la réserve alcaline du liquide céphalo-rachidien de 300 aliénés, ont trouvé que l'équilibre acido-basique était compris dans les limites normales; le calcium n'était pas non plus modifié.

C.-L. Parhon et nous-même (4) n'avons pas trouvé de modifications importantes du calcium du liquide céphalo-rachidien dans les diverses psychoses.

Anglade n'a pas observé de modifications du chlore du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.

D'après nos propres recherches (5), le chlore du liquide céphalo-rachidien a varié dans les limites de 4,23 et 4,50 p. 1.000 grs., le NaCl a oscillé entre 6,97 et 7,42 p. 1.000 grs., seulement, dans les cas avec hyperazotorachie, le chlore et le NaCl étaient augmentés. Le chlore a oscillé entre 4,60 et 5,04, le NaCl entre 7,58 et 8,30 p. 1.000 grs.

En ce qui concerne les phosphates, Riedel, Thabuis et Barbé, Roubinovitch et Paillard les ont trouvé augmentés dans le liquide céphalo-rachidien des épileptiques. Des recherches sem-

(1) Ueber deu Zusamenhang des Harnstoffes im Blut und in der Ruckenmarkflussikeit bei Geisteskranken. *Zeit. fur die Gesamt. Neurol. und Psych.*, 138, B. 3, u. 4 H.

(2) *La Presse Médicale*, n° 97, décembre 1932.

(3) *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, T. CVIII, n° 36, p. 995, 1931.

(4) *Congrès de Médecine Internationale*, Liége, 1931.

(5) *Annales Médico-Psychologiques*, n° 3, octobre 1931.

blables furent faites par Krainski et Donath, Debuck, Appelt et Schumann. Les derniers auteurs ont noté une quantité normale de phosphates dans l'épilepsie. Les recherches de Donath ont montré que la quantité de phosphates était augmentée dans la paralysie générale et dans le tabès.

Le soufre ne fut pas trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des sujets sains. Mestrezat le rencontre dans un cas de tabès et de sclérose en plaques. Barbé n'a pu le mettre en évidence chez les paralytiques généraux.

D'après Mestrezat, les variations du potassium sont insuffisamment étudiées.

En connaissant ces données, nous nous sommes proposé de rechercher le potassium du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. Pour le dosage du potassium, nous avons utilisé la méthode de Tisdal et Kramer. Les malades furent ponctionnés par voie sous-occipitale.

Nous avons examiné au total 118 malades : paralysie générale (18 cas), démence précoce et schizophrénie (20 cas), psychose maniaque dépressive (17 cas), manie (10 cas), mélancolie (9 cas), confusion mentale (8 cas), épilepsie (16 cas), différentes autres psychoses (20 cas).

Dans la paralysie générale, le potassium du liquide céphalo-rachidien a varié entre 10,25 mgrs. et 35,0 mgrs. p. 1.000 grs., avec une moyenne de 25,89 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans la démence précoce, il a oscillé entre 7,5 et 26,9 mgrs., avec une moyenne de 21,97 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans la psychose maniaque dépressive entre 7,5 et 30,5 mgrs., avec une moyenne de 21,03 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans la mélancolie, entre 15,62 et 23,2, avec une moyenne de 21,02 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans la manie, le potassium a varié entre 13,4 et 30,5 mgrs., avec une moyenne de 21,40 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans la confusion mentale entre 15,6 et 23,4 mgrs., avec une moyenne de 19,9 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans l'épilepsie, le potassium a varié entre 13,8 et 44,7 mgrs., avec une moyenne de 24,05 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans 6 cas de psychose éthylique, les variations furent comprises entre 12,1 et 21,27 mgrs., avec une moyenne de 16,6 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans 5 cas de paranoïa, les variations furent entre 15,4 et 25,0 mgrs., avec une moyenne de 20,2 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans 3 cas de Parkinson post-encéphalitique, le potassium a oscillé entre 15,2 et 15,6 mgrs., avec une moyenne de 15,4 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans 3 cas de tabès, les variations furent entre 9,5 et 13,1 mgrs., avec une moyenne de 11,3 mgrs. p. 1.000 grs. ; dans 3 cas de paraplégie, les oscillations du potassium du liquide

céphalo-rachidien furent comprises entre 9,5 et 12,78 mgrs., avec une moyenne de 11,14 mgrs. p. 1.000 grs.

Par ordre décroissant, nous pouvons noter les moyennes suivantes du potassium dans le liquide céphalo-rachidien : paralysie générale, 25,89 ; épilepsie, 24,05 ; démence précoce, 21,97 ; manie, 21,40 ; psychose maniaque dépressive, 21,03 ; mélancolie, 21,02 ; paranoïa, 20,2 ; confusion mentale, 19,9 ; psychose alcoolique, 16,6.

D'après ce que nous voyons, les chiffres moyens du potassium du liquide céphalo-rachidien oscillent dans les limites normales dans les affections mentales. Cependant, il faut remarquer que les plus grandes moyennes furent trouvées dans la paralysie générale et dans l'épilepsie ; en examinant de plus près ces résultats, on trouve des chiffres de 30-35 mgrs. p. 1.000 grs. de potassium dans le liquide céphalo-rachidien, de certains cas de paralysie générale ; il faut aussi souligner le chiffre de 44,7 mgrs. dans un cas d'épilepsie.

Comment interpréter ces résultats ?

Il faut rappeler que Ballif et Gherscovici (1) ont trouvé que le potassium était augmenté dans le liquide céphalo-rachidien des malades avec hémorragie méningo-encéphalique : ils expliquent ce fait par l'hémolyse que subissent les globules rouges du sang et qui laisse diffuser le potassium. Or, il est bien connu que la teneur des globules rouges en potassium est 20 fois plus grande que celle du liquide céphalo-rachidien.

On pourrait donner à nos résultats la même explication, en tenant compte des phénomènes inflammatoires méningo-encéphaliques, ainsi que des ictus des paralytiques généraux. Cependant, l'augmentation du potassium n'est pas un fait constant chez eux ; nous avons trouvé seulement dans 9 sur 18 cas des chiffres supérieurs à 20 mgrs. de potassium. Pour expliquer l'augmentation du potassium dans certains cas d'épilepsie, on pourrait incriminer les crises comitiales. En recherchant avant et après la crise épileptique le potassium du liquide céphalo-rachidien, nous n'avons pu trouver une augmentation que dans 4 cas sur 16.

Nous signalons pour le moment ces résultats et nous nous proposons d'y revenir après de nouvelles recherches.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les secrétaires des séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) *Compte rendus de la Société de Biologie*, T. CIX, p. 232, 1932.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

XXXVII^e SESSION (Rabat, 7-13 avril 1933)

Président : M. le professeur Georges GUILLAIN

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 37^e session à Rabat (Maroc), du 7 au 13 avril 1933, sous le Haut-Patronage de M. Lucien SAINT, Sénateur, Ministre plénipotentiaire, Commissaire Résident Général de la République Française au Maroc, et sous la Présidence de M. le Professeur Georges GUILLAIN, Membre de l'Académie de Médecine. Le D^r L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), était vice-président. Faisaient également partie du Bureau, le D^r René CHARPENTIER, *secrétaire général de l'Association ;* le D^r VIGNAUD, *trésorier,* et le D^r DE LABRETOIGNE DU MAZEL, *secrétaire annuel.*

La 37^e session du Congrès était la première session organisée par cette Association depuis qu'elle a été reconnue d'utilité publique (décret du 23 août 1932). Elle eut le plus grand succès. Sous la présidence du D^r COLOMBANI, Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques du Protectorat français au Maroc, et en présence de M. Urbain BLANC, Ministre plénipotentiaire, Délégué à la Résidence Générale, la séance inaugurale eut lieu à la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques. Nous donnons ci-dessous le Compte rendu des séances scientifiques qui furent très suivies. Dans l'intervalle de ces séances, des réceptions et des excursions firent apprécier à tous les splendeurs de l'hospitalité marocaine et les remarquables réalisations obtenues en si peu d'années par l'œuvre de Civilisation française sous l'égide du Maréchal Lyautey, de ses successeurs et de ses collaborateurs.

A l'Assemblée générale du Congrès, le Dr René CHARPENTIER a demandé à être relevé des fonctions de secrétaire général qu'il remplit depuis 13 années. Le Professeur P. COMBEMALE a été désigné pour lui succéder.

Le *Bureau de l'Association* sera composé, en l'année 1934, de M. le Dr L. LAGRIFFE (de Quimper), *président ;* M. le Dr René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine), *vice-président ;* M. le Prof. P. COMBEMALE (de Lille), *secrétaire général ;* M. le Dr VIGNAUD (de Paris), *trésorier.* La 38e session se tiendra à *Lyon,* du 16 au 22 juillet 1934. Au bureau ci-dessus sera adjoint, en qualité de *secrétaire annuel,* M. le professeur agrégé J. DECHAUME, médecin des Hôpitaux de Lyon. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 38e session : 1° *Rapport de Psychiatrie :* L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie, par le Dr André REPOND (de Malévoz-Monthey); 2° *Rapport de Neurologie:* Les Tumeurs du IIIe ventricule: étude clinique et thérapeutique, par le Dr Paul MEIGNANT (de Nancy) ; 3° *Rapport d'Assistance :* Classification et Statistiques des Maladies mentales, par le Dr M. DESRUELLES (de Saint-Ylie).

La 39e session aura lieu en 1935, à *Bruxelles.*

DISCOURS INAUGURAL

La nécessité des recherches scientifiques pour le progrès de la neuropsychiatrie. La crise de la formation des Elites, par M. le Professeur Georges GUILLAIN.

Le Professeur Guillain déplore à juste titre l'abandon des recherches de science pure par les jeunes générations, qui ne sont orientées que vers les réalisations pratiques. Et cependant, les recherches de science pure sont indispensables pour le progrès de la Neuro-psychiatrie. Les problèmes scientifiques que pose la pathologie neuro-psychiatrique sont nombreux. Des recherches anatomiques, physiologiques, expérimentales et biologiques doivent être poursuivies, si l'on veut comprendre l'origine de l'énergie nerveuse, la nature de la vibration nerveuse, ses voies de transmission, ses relais, ses courts-circuits et ses dérivations. Le système nerveux est un transformateur de l'énergie ; toutes ses réactions, même dans le domaine de la pensée, ne sont que des modalités de l'énergie.

Le Professeur Guillain étudie ensuite les causes qui éloignent les jeunes des laboratoires de recherche : tendance de la littérature à exalter les activités pratiques, évolution de la médecine actuelle vers des réalisations purement utilitaires, indifférence de la société vis-à-vis du savant et de ses recherches, carence des peuples et de leurs gouvernements pour favoriser le recrutement des Elites.

Le Professeur Guillain conclut en disant : « Les élites doivent être sélectionnées jeunes ; l'histoire des sciences montre que les meilleurs travaux, les plus originaux, sont en général produits par les jeunes avant 40 ans. Il est absolument erroné de croire que les facultés de production augmen-

tent avec l'âge : pour créer il faut de l'énergie nerveuse et un coefficient élevé de capacité de transformation de cette énergie ; cette énergie diminue progressivement. Or, je trouve profondément navrant que les jeunes gens les mieux doués soient actuellement, à cause des difficultés de la vie, enlevés à la science pure par la médecine pratique ou administrative ou par des collectivités anonymes. *Une nation devrait donner à tous ses enfants la possibilité d'utiliser leurs capacités de travail et de création ; ce serait son intérêt le plus évident.* »

Puisse ce cri d'alarme être entendu par l'opinion publique et les Gouvernements.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les encéphalites psychosiques. Étude anatomo-clinique, par M. L. MARCHAND (de Paris).

L'auteur s'est proposé comme but d'apporter une contribution anatomo-clinique au problème des encéphalites psychosiques, c'est-à-dire de ces encéphalites dont les troubles mentaux, revêtant la forme d'une psychose banale, dominent ou constituent à eux seuls le tableau clinique (Toulouse, Marchand, Schiff et Courtois).

Les encéphalites psychosiques peuvent revêtir une évolution aiguë, subaiguë ou chronique ; leur début peut être marqué par l'une ou l'autre de ces trois formes ; on peut voir une encéphalite subaiguë ou même chronique passer à l'état aigu et entraîner la mort. Il existe toute une gamme d'intensité des lésions allant des encéphalites curables aux encéphalites incurables. Si l'épisode délirant initial est quelquefois symptomatique d'une encéphalite bénigne et curable, celle-ci peut reparaître plus tard, avec un retard considérable, quelquefois de plusieurs années, et prendre d'emblée, soit la forme aiguë mortelle, soit la forme subaiguë ou chronique ; elle peut ainsi, après plusieurs phases alternatives de réveil et d'accalmie, laisser croire à plusieurs accès différents ; en réalité, il s'agit de la même affection.

L'auteur insiste sur le rôle joué par les infections et les intoxications dans l'étiologie des encéphalites psychosiques, réaction pathologique de l'encéphale sous l'influence des conditions biologiques les plus diverses.

Son étude porte d'abord sur les encéphalites psychosiques aiguës qui comprennent : 1° l'encéphalite aiguë azotémique, ainsi qualifiée en raison de la constance d'une hyperazotémie et qui cliniquement est caractérisée par le syndrome « délire aigu » ; 2° l'encéphalite aiguë des alcooliques ou *delirium tremens*.

Les encéphalites psychosiques subaiguës et chroniques peuvent se traduire cliniquement par les syndromes mentaux les plus variés (confusion mentale, états mélancoliques, états maniaques, délire hallucinatoire, syndrome d'influence, psychose périodique, syndrome hébéphréno-catatonique, démence précoce) et chez un même malade déterminer la succession de syndromes mentaux différents. Cette diversité clinique est conditionnée par le terrain constitutionnel ou héréditaire, l'âge du sujet, le degré des lésions et leur prédominance sur telle ou telle région de l'encéphale. Ce sont surtout les constatations anatomo-pathologiques qui ont permis à M. Marchand de démontrer l'organicité de syndromes mentaux considérés encore comme des psychoses.

A la phase initiale des encéphalites psychosiques, il est souvent possible de noter des modifications du liquide céphalo-rachidien (albuminose, lymphocytose), des poussées de température, même dans les formes qui prendront rapidement une allure chronique.

Les encéphalites psychosiques se différencient des autres encéphalites par ce fait que, même à longue échéance, elles ne se traduisent pas cliniquement par des troubles d'ordre neurologique : hypersomnie, ophtalmoplégies, troubles visuels et auditifs, myoclonies, convulsions, troubles cérébelleux, symptômes choréiques ou tétaniques, paralysie, syndrome parkinsonien, perturbations du tonus, etc., ne font pas partie du tableau clinique. Ces encéphalites ne prennent jamais le masque d'une affection neurologique. Elles ne présentent en outre aucun caractère épidémique ou contagieux.

Le processus anatomo-pathologique des encéphalites psychosiques présente plusieurs caractères particuliers. Les lésions sont à la fois dégénératives et inflammatoires, et l'auteur appuie sa démonstration par la projection d'un grand nombre de micro-photographies. Dans les formes aiguës et subaiguës, les lésions dégénératives cellulaires iutéressent tous les étages du névraxe. Les lésions inflammatoires vasculaires prédominent au niveau des lobes frontaux et sont situées dans la substance blanche sous-corticale. Elles intéressent quelquefois les vaisseaux situés dans la région sous-épendymaire de la couche optique et elles sont très fréquentes dans le bulbe où il y a lieu également de noter la présence de nodules inflammatoires.

Dans les formes chroniques, on peut observer à la fois des infiltrations périvasculaires encore en activité et des épaississements fibroblastiques périvasculaires, séquelles d'une ancienne inflammation. Les lésions cellulaires présentent les caractères des lésions atrophiques, et souvent il existe dans le cortex des plages acellulaires sans réaction névroglique compensatrice. Caractère important, le processus n'a aucune tendance à la démyélinisation périvasculaire, ni à la production de foyers nécrotiques ; il entraîne peu de réactions névrogliques et microgliques.

On ne peut faire état de la spécificité histologique d'une lésion pour le diagnostic différentiel des diverses encéphalites. Les éléments nerveux comme les autres tissus du corps humain ne présentent qu'un nombre restreint de réactions. Si chaque virus, chaque toxine, chaque poison provoquait une réaction différente, on pourrait distinguer les encéphalites d'après leur cause, mais en réalité des agents irritants de nature différente provoquent, le cas échéant, les mêmes altérations. Ce n'est donc que par l'ensemble des lésions, de leurs caractères, de leur localisation que l'on peut émettre quelques propositions générales et montrer ainsi la place qu'occupent les encéphalites psychosiques dans l'immense groupe des encéphalites non suppurées, infectieuses, ou supposées infectieuses, de l'adulte, que nous diviserons ainsi :

1° Les encéphalites à processus démyélinisant, sclérosant, intéressant souvent l'encéphale et la moelle, dont les agents pathogènes sont encore inconnus (sclérose en plaques, encéphalomyélite diffuse, encéphalite périaxiale, encéphalomyélites post-morbilleuse et post-vaccinale).

2° La méningo-encéphalite diffuse syphilitique ou paralysie générale dont le processus inflammatoire intéresse d'abord le tissu méningé et conjonctivo-vasculaire et, s'il n'est pas arrêté dans son cours par un traitement

spécifique, devient parenchymateux et entraîne la démyélinisation progressive du cortex cérébral.

3° Les encéphalites à processus non démyélinisant, plus inflammatoire que dégénératif, dont le virus montre une certaine électivité, une certaine affinité pour des régions déterminées de l'encéphale, d'où une symptomatologie en rapport avec les régions atteintes.

Parmi celles-ci, nous citerons la rage, dont le virus se fixe principalemet dans le bulbe, l'hippocampe et les ganglions spinaux ; l'encéphalite épidémique dont l'agent pathogène frappe surtout le mésencéphale et le diencéphale.

Toutes ces formes d'encéphalite sont des psycho-encéphalites car elles se manifestent cliniquement à la fois par des troubles mentaux et par des symptômes d'ordre neurologique.

4° Les encéphalites psychosiques dont le processus, non démyélinisant, non sclérosant, est à la fois dégénératif et inflammatoire. Les lésions cellulaires dégénératives sont diffuses ; les lésions inflammatoires prédominent dans les lobes frontaux et le bulbe. Leur symptomatologie est purement mentale, comme si le processus ne portait son action que sur les éléments nerveux dont dépendent les activités psychiques.

Toutes les encéphalites peuvent prendre la forme hémorragique et il ne semble pas qu'il faille faire un groupe à part de cette forme.

Ne voulant se maintenir que sur le terrain solide des faits, c'est avec la plus grande prudence que l'auteur a abordé les diverses hypothèses relatives à la pathogénie des encéphalites psychosiques.

L'encéphalite psychosique aiguë ou subaiguë peut être déclenchée par les maladies infectieuses les plus diverses, par un choc opératoire, par un accouchement ; elle peut n'apparaître qu'à la convalescence de la maladie causale ; elle peut survenir d'emblée, sans rapport avec une maladie infectieuse. Son processus anatomo-pathologique est identique, quelle que soit la maladie causale. En raison de la diversité des causes, il est difficile d'admettre que l'encéphalite soit produite par le germe même de la maladie infectieuse primitive. D'ailleurs, dans ces formes aiguës, même dans celles qui sont des suites indiscutables de maladies à microbes connus, l'auteur n'a pu mettre en évidence ces éléments microbiens dans le tissu cérébral.

On a d'abord émis l'hypothèse que les lésions cérébrales étaient dues à l'action des toxines produites par l'agent de la maladie infectieuse causale. Mais cette hypothèse est difficile à appliquer aux encéphalites qui apparaissent ou qui continuent à progresser au moment où l'affection causale est guérie, car d'où viendraient alors les toxines ? Il faut ajouter que les lésions de l'encéphale (réactions méningées, périvascularite, nodules inflammatoires, tuméfactions des endothéliums vasculaires) ont l'apparence de lésions infectieuses plutôt que toxiniques.

L'hypothèse d'une infection seconde par un microbe de sortie, virus encéphalotrope filtrant, a été invoquée. Cet agent préexisterait dans l'organisme à l'état saprophytique et serait activé par les toxines des maladies infectieuses. Il s'agirait d'un processus morbide étranger à la maladie première qui, elle, n'aurait qu'une influence déchaînante. Pour certains, l'agent serait une forme filtrable non cultivable de microbes connus, du streptocoque en particulier ; pour d'autres, le germe serait le même que celui de l'encéphalite épidémique. Quant aux lésions cellulaires diffuses, elles seraient dues soit aux toxines élaborées par l'agent pathogène, soit au virus

lui-même qui parasiterait les cellules nerveuses ; ce virus serait une forme encore inconnue de vie qui occuperait une place entre les microbes et les diastases.

La pathogénie des formes chroniques est aussi obscure. Si l'on admet qu'il s'agit de toxines, d'où viennent-elles, puisque l'affection première est disparue ? Si l'on admet l'action d'un virus, doit-on admettre que ce virus est devenu peu actif et reste dans l'encéphale pendant des années ? Les récidives si fréquentes des encéphalites psychosiques plaideraient en faveur de cette hypothèse.

Doit-on enfin faire intervenir dans la pathogénie des encéphalites psychosiques les phénomènes dits allergiques et admettre que dans un encéphale sensibilisé par une première atteinte infectieuse, des doses infimes de toxine microbienne pourraient jouer le rôle de réactogènes ?

Ce ne sont là que des hypothèses qui s'appuient sur l'enchaînement des faits, mais qui ne satisfont pas. Il faut pour le moment ne retenir que l'exposé anatomo-clinique de certains états psychosiques, dont l'auteur a cherché à déterminer les lésions avec leurs conséquences pour les mieux combattre.

Ces conceptions montrent que chaque nouvelle constatation pose plus de problèmes qu'elle n'en résout. Ce sont les recherches expérimentales, humorales et bactériologiques qui apporteront les précisions que la méthode anatomo-clinique seule ne peut donner.

Discussion

M. le professeur d'Hollander (de Louvain), qui a longuement étudié les formes chroniques des encéphalites psychosiques, et spécialement la démence précoce, confirme les constatations anatomo-pathologiques du Rapporteur. Dans l'ordre étiologique, sans vouloir rejeter *a priori* la multiplicité des facteurs infectieux, il souligne la fréquence de la tuberculose. En effet, les résultats de ses inoculations au cobaye ont établi, sans conteste, que le virus de la tuberculose se trouve dans le liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces (11 cas sur 12).

M. le professeur H. Claude (de Paris) craint que le Rapporteur, en créant l'entité anatomo-clinique des encéphalites psychosiques, ait donné à celles-ci un cadre trop vaste. Il conviendrait, à son avis, pour justifier l'individualisation des encéphalites psychosiques, d'apporter des caractères spécifiques qui les distingueraient foncièrement des diverses toxi-infections à symptomatologie surtout psychique. D'autre part, il s'élève contre la tendance de subordonner toutes les manifestations psychiques à l'existence d'un substratum anatomique.

M. H. Steck (de Lausanne) signale la plus grande fréquence du délire aigu chez les femmes, surtout vers la ménopause. Il se demande si les lésions hémorragiques constatées à l'autopsie ne sont pas des phénomènes préagoniques. On devrait alors les interpréter comme une conséquence des désordres circulatoires terminaux, et non comme la cause des troubles psychiques. En ce qui concerne la pathogénie du délire aigu, il insiste sur l'importance des troubles circulatoires, tant du liquide céphalo-rachidien que du sang.

M. le professeur A. Fribourg-Blanc (du Val de Grâce) demande au Rapporteur quelle est l'influence des facteurs héréditaires ou constitutionnels intervenant dans la genèse de certaines encéphalites psychosiques. Il dési-

rerait savoir en particulier si le facteur héréditaire doit être considéré comme un élément aggravant le pronostic final, ou si, au contraire, la fragilité particulière du système nerveux de ces malades est en faveur de la bénignité des accès. Cette question de pronostic présente en effet un intérêt capital pour le médecin militaire.

M. B. Rodriguez-Arias (de Barcelone) eût souhaité que M. Marchand établisse dans chaque cas la formule leucocytaire du sang, car il croit que des variations de celle-ci, on pourrait tirer des indications importantes pour la pathogénie et le pronostic des encéphalites psychosiques.

M. le professeur A. Hesnard (de Toulon) appuie sur la nécessité de distinguer, comme l'a fait le Rapporteur, les « encéphalites psychosiques » qui sont avant tout des maladies mentales, et les « psycho-encéphalites », qui sont des infections neurotropes de l'axe cérébro-spinal à prédominance de localisation corticale. Il s'étonne ensuite du grand nombre de syndromes mentaux, qui, d'après M. Marchand, peuvent être symptomatiques d'encéphalite psychosique ; il craint que le Rapporteur n'ait poussé trop loin l'analyse anatomo-clinique des états encéphalitiques aigus. Enfin, il fait remarquer que l'azotémie, à laquelle l'auteur attache avec raison une valeur diagnostique particulière, se rencontre dans certaines psychoses banales. Il se demande si cette azotémie n'est pas en rapport plutôt avec l'intensité de l'orage cérébral qu'avec la nature clinique du syndrome qui l'exprime.

M. le professeur R. Cruchet (de Bordeaux) retrouve dans la description anatomo-clinique des encéphalites psychosiques, faite par M. Marchand, la description des formes mentales qu'il a décrites, en 1917, dans l'encéphalomyélite diffuse, devenue plus tard encéphalite épidémique. Si l'on admet que l'azotémie, l'alcoolisme, la chorée, la grippe, la puerpéralité, etc..., peuvent provoquer de l'encéphalite psychosique, pourquoi refuser à l'encéphalite épidémique un rôle analogue aux causes précédentes, puisque les symptômes cliniques mentaux sont les mêmes.

L'argumentateur rappelle les 13 cas mentaux qu'il a découverts en 1916 et 1917 à Commercy, Verdun et Bar-le-Duc ; il signale les 14 autres cas qu'il a isolés, sur 145 cas, lors de son enquête en 1920 sur l'encéphalomyélite à Bordeaux et dans la région du Sud-Ouest ; il termine en signalant la forme curieuse d'encéphalite *perverse* qu'il a décrite à Casablanca en avril 1928 et à Edimbourg en avril 1929.

M. P. Courbon (de Paris) critique le contraste qui existe entre l'unité relative des lésions décrites et la multiplicité extrême des syndromes qui leur sont rattachés. L'importance et la constance des lésions cellulaires dégénératives dans toutes les encéphalites psychosiques, l'absence de tout antécédent ou de tout concomitant infectieux dans certaines d'entre elles, l'absence de toute contagion, même quand les antécédents et les concomitants infectieux se manifestent avec le plus d'évidence, sont, conclut-il, des faits qui prouvent que l'encéphalite psychosique est moins une maladie accidentelle dont n'importe qui peut être atteint, qu'une maladie constitionnelle à laquelle seuls les prédisposés sont voués.

M. G. Vermeylen (de Bruxelles) a constaté que les cas de délire aigu deviennent de plus en plus rares. Il n'a pu en observer que 4 cas sur 1.800 malades hospitalisés dans son service depuis un an et demi. Il souligne la constance d'une hérédité chargée ou d'antécédents personnels psychopathiques chez les sujets ultérieurement atteints de délire aigu.

M. le professeur A. Donaggio (de Modène) hésite à attacher une grande

importance aux lésions mises en évidence par M. Marchand. Il cite en effet des auteurs qui ont rencontré les mêmes altérations chez des malades non délirants. Il croit qu'on peut observer quelques lésions cellulaires identiques chez des sujets morts à la suite de maladies fébriles ou de simple surmenage. Du côté technique, il condamne les méthodes argentiques qui fournissent fréquemment des images histologiques de valeur douteuse. C'est ainsi qu'il s'explique que M. Marchand n'ait jamais observé, dans ses cas, de tendance à la démyélinisation. Dans les formes alcooliques en particulier, l'usage d'une technique personnelle (précédemment décrite) lui a permis de retrouver avec constance des foyers de démyélinisation, dans la partie moyenne du corps calleux notamment.

M. D. Anglade (de Bordeaux) estime également que les caractéristiques histologiques décrites par le Rapporteur sont insuffisantes pour permettre d'asseoir le syndrome mental sur une base organique. Il fait remarquer qu'il ne s'agit presque uniquement que de très discrètes inflammations périvasculaires ou de lésions trop anciennes pour qu'on soit assuré de leur rapport avec les épisodes aigus terminaux.

M. le Doyen J. Lépine (de Lyon) félicite chaleureusement le Rapporteur de l'effort fécond qu'il a produit pour faire adopter plus résolument à la psychiatrie les méthodes anatomo-cliniques.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les ataxies, par M. R. Garcin (de Paris).

L'ataxie est ce trouble de la coordination qui, indépendamment de tout déficit moteur, altère la direction et la mesure du mouvement volontaire et rend impossible le maintien des contractions musculaires soutenues, volontaires ou automatico-réflexes, indispensables à la posture et à l'équilibre.

Après avoir défini l'ataxie et montré qu'elle englobe non seulement les perturbations de la partie cinétique de l'activité motrice, mais encore celles de la composante posturale qui lui est intimement associée, M. Garcin envisage le mécanisme physiologique de la *coordination :* mécanisme général de la coordination du mouvement volontaire, mécanisme physiologique des coordinations dans la station debout et la marche. Il étudie ensuite successivement les trois grands types cliniques d'ataxie (tabétique, cérébelleuse et labyrinthique), précisant les caractères intrinsèques de chacun d'eux et montrant quelques aspects des problèmes qu'ils soulèvent. Dans chaque grand groupe d'ataxie, il envisage : 1° *l'ataxie cinétique* qui est essentiellement un trouble de la coordination du mouvement adapté à un but ; 2° *l'ataxie statique ou posturale,* qui est essentiellement un trouble de la coordination statique, c'est-à-dire du maintien et de la régulation des contractions musculaires soutenues, qu'elles soient volontaires ou automatico-réflexes ; 3° *l'ataxie de la locomotion,* où la juxtaposition des deux ordres de troubles entraînera de façon précoce de grosses perturbations de la progression.

Dans les différentes lésions en hauteur du névraxe, M. Garcin envisage ensuite, à côté des signes associés dont la valeur topographique est fondamentale, les caractères analytiques du mouvement ataxique.

I. — *L'ataxie tabétique* est à la fois une ataxie cinétique et une ataxie statique. Elle a pour caractéristique de se manifester dans les mouvements isolés comme dans les mouvements d'ensemble, d'altérer grossièrement la direction, la mesure et le rythme du mouvement ; l'occlusion des yeux l'aggrave considérablement.

Après avoir étudié minutieusement les caractéristiques cliniques du signe de Romberg, l'auteur discute la pathogénie de celui-ci, et montre qu'il ne peut, dans tous les cas, être considéré comme subordonné aux troubles de la sensibilité profonde. Il décrit ensuite les troubles de la marche et les diverses ataxies des membres, du tronc, de la tête et de la face.

D'une pénétrante analyse des multiples théories qui ont cherché à expliquer le mécanisme physio-pathologique de l'ataxie tabétique, il ressort que, s'il existe bien des troubles ataxiques par trouble de la sensibilité profonde, on ne saurait établir de parallélisme étroit entre les deux ordres de troubles, et, en tout cas, que l'ataxie tabétique diffère de ces ataxies par un certain nombre d'éléments qui lui sont assez particuliers. Il semble établi, à l'heure actuelle, que d'autres facteurs sont à incriminer, notamment l'hypotonie musculaire.

II. — *L'ataxie cérébelleuse* est constituée par des troubles élémentaires de plusieurs ordres, qu'on peut schématiquement diviser en : 1° troubles de l'amplitude du mouvement (hypermétrie) ; 2° troubles dans la rapidité de l'incitation du mouvement ; 3° troubles dans l'association des mouvements élémentaires (asynergie) ; 4° troubles dans la rapidité des mouvements alternatifs (adiadococinésie) ; 5° troubles dans la continuité de la contraction (tremblement cinétique et statique).

Ces différents facteurs interviennent presque toujours simultanément pour perturber le mouvement, et si telle ou telle épreuve montre parfois la prédominance de l'un quelconque d'entre eux, l'ataxie cérébelleuse est faite de leur association à des degrés variables.

D'une façon générale, une notion domine l'étude de l'ataxie cérébelleuse, à savoir que le mouvement cérébelleux conserve sa direction et son orientation intentionnelles, comme Babinski l'a bien montré. Il importe de souligner aussi avec soin que l'occlusion des yeux n'entraîne aucune aggravation de l'ataxie.

Si l'on veut remonter à sa cause première, aucun problème n'est plus difficile que celui de la physio-pathologie de l'ataxie cérébelleuse. Réduite à ses termes essentiels, elle est faite d'hypermétrie, d'adiadococinésie, d'asynergie et d'astasie. Existe-t-il un trouble élémentaire qui tienne sous sa dépendance l'ensemble de ces perturbations ? On ne saurait encore l'affirmer, malgré l'effort poursuivi dans cette voie. A parcourir rapidement les différentes conceptions, on arrive à cette notion que la lésion cérébelleuse n'engendre pas une perturbation type, mais un ensemble de désordres qu'on ne peut encore ramener à une fonction élémentaire. Pour les uns, la coordination musculaire du mouvement élémentaire est déjà troublée. Pour Babinski, domine l'asynergie, c'est-à-dire la perte de la faculté d'association des divers mouvements constitutifs de l'acte. Pour André Thomas, le trouble de la réaction des antagonistes apparaît au premier plan.

Selon l'importance que l'on attribuera à telle ou telle de ces perturbations, on pourra grouper la majeure partie des troubles cérébelleux autour d'elle.

III. — *L'ataxie labyrinthique* est essentiellement une ataxie statique

caractérisée par des troubles de l'équilibre de la station et de la locomotion ; elle ne modifie pas, en effet, les mouvements isolés des membres, et c'est déjà là un premier élément différentiel avec les autres ataxies, et, en particulier, avec l'ataxie cérébelleuse avec laquelle elle a de nombreux points communs : écartement des jambes, chancellement du corps, entraînement de côté ou en arrière, déviation dans la direction de la marche. Vertige et nystagmus, par contre, semblent appartenir en propre à la séméiologie vestibulaire.

Le Rapporteur passe en revue les troubles de la station debout et de la marche et décrit les épreuves des bras tendus, des plans inclinés (Von Stein), de l'adaptation statique (Rademaker et Garcin). En ce qui concerne le signe de Romberg, la grande caractéristique de la déséquilibration du labyrinthique est le rapport étroit qui existe entre la direction de la chute et la position de la tête sur le corps.

IV. — *Ataxies dans les lésions étagées du névraxe :* névrites, radiculites, lésions médullaires, lésions en foyer bulbo-pédonculo-protubérantielles, syndromes thalamiques, ataxie frontale, ataxie calleuse, ataxie temporale, ataxie pariétale, affections diffuses du névraxe (principalement sclérose en plaques).

M. Garcin envisage longuement l'ataxie frontale ; il est d'avis que ce syndrome, dont l'autonomie paraît bien établie, n'apparaît que si la lésion causale atteint simultanément les deux voies fronto-ponto-cérébelleuses.

V. — *L'ataxie aiguë,* du type « Leyden », est constituée par un syndrome ataxique caractérisé par un début rapide en quelques jours et présentant le tableau d'une grande ataxie de type cérébelleux, avec troubles de la parole, associée habituellement à un syndrome pyramidal plus ou moins accentué. L'absence de troubles sensitifs et de troubles sphinctériens est habituelle. Malgré ces signes alarmants, l'évolution se fait le plus souvent vers une guérison rapide que ne laissait pas espérer la gravité du début. L'ataxie frappe surtout les jeunes de 20 à 30 ans, et les enfants. Elle apparaît, soit à la suite d'un syndrome infectieux bruyant, soit en pleine santé apparente.

Au point de vue étiologique, le groupe des ataxies aiguës se scinde en deux catégories bien distinctes : les ataxies aiguës secondaires à des maladies infectieuses bien définies, dont le germe est directement responsable du processus encéphalomyélitique observé ; les ataxies aiguës primitives, où la sclérose en plaques paraît jouer déjà un rôle étiologique des plus important, sinon exclusif.

Une forme particulière de ces ataxies aiguës est réalisée par *l'ataxie aiguë tabétique.* Ici, le début de l'ataxie se fait avec une exceptionnelle soudaineté. En quelques heures s'installe une grande ataxie, de type tabétique, avec déséquilibration marquée et incoordination statique et cinétique prédominant aux membres inférieurs. Cette poussée évolutive paraît liée à un processus inflammatoire aigu de méningo-radiculo-myélite postérieure. Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont d'une rare intensité (hyperalbuminose, lymphocytose, Bordet-Wassermann et Benjoin fortement positifs). Cette ataxie aiguë tabétique tire son principal intérêt de son évolution régressive et de sa guérison complète en quelques semaines, sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique bien conduit.

DISCUSSION

M. B. RODRIGUEZ-ARIAS (de Barcelone) souligne la fréquence de l'encéphalite épidémique comme facteur étiologique des ataxies aiguës, type Leyden.

M. Noël PÉRON (de Paris) montre la valeur considérable de l'hypotonie dans le mécanisme de certaines ataxies. Il verse au débat de belles observations d'ataxie frontale et d'ataxie cérébello-labyrinthique.

M. CROUZON (de Paris) relate une série d'observations concernant l'ataxie aiguë tabétique. Le pronostic de cette forme particulière d'ataxie est, en général, favorable, quand on institue un traitement approprié.

M. Jacques DECOURT (de Paris) insiste sur les rapports étroits qui semblent souvent unir l'ataxie cérébelleuse aiguë et la sclérose en plaques. Il rapporte à ce sujet l'observation richement détaillée de deux malades qui présentèrent jadis un syndrome ataxique aigü, mais rapidement disparu sous l'influence d'un traitement salicylé et qui, cependant, après quatre années de bonne santé apparente, furent atteints de sclérose multiloculaire typique. L'auteur ne croit toutefois pas que tout syndrome d'ataxie cérébelleuse aiguë, d'apparence primitive, survenant en dehors de toute maladie infectieuse classée, doive être rattaché *ipso facto* à la sclérose en plaques ; il semble notamment que le même tableau clinique puisse être réalisé par l'infection syphilitique. Bien qu'il conseille en tous cas d'être prudent avant d'affirmer une guérison définitive, il estime que toute ataxie cérébelleuse aiguë curable, provoquée par le virus de la sclérose en plaques, ne doit pas nécessairement être considéré comme voué à la rechute.

M. Jean TITECA (de Bruxelles), envisageant la physio-pathologie de l'ataxie tabétique, souligne le trouble dynamogénique des centres médullaires déafférentés. Il apporte, à l'appui de cette opinion, quelques expériences personnelles.

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques, par M. Paul ABÉLY (de Paris).

L'amnésie traumatique est plus un symptôme qu'un bloc syndromique ; elle est exceptionnellement isolée et rarement autonome. On la trouve dans presque tous les traumatismes craniens, mais toujours mélangée à d'autres phénomènes mentaux pathologiques : confusionnels, émotionnels, épileptiformes, etc., et cela plus particulièrement dans les périodes voisines de la commotion. Plus tardivement, mais assez rarement encore, elle peut exister à l'état pur. Cette remarque primordiale a un très grand intérêt au point de vue médico-légal.

I. — *Au point de vue criminel,* l'amnésie traumatique joue un rôle de moyenne importance, particulièrement en ce qui concerne la gravité des délits. C'est surtout l'amnésie antérograde et de fixation qui provoque les réactions antisociales (vols, abus de confiance, grivèlerie, vagabondage, outrages publics à la pudeur, délits de fuite dans les accidents sur la voie publique). L'amnésie lacunaire et rétrograde crée plus spécialement des conflits et des complications au point de vue procédurier ou médical (à retenir cependant, dans ce cas, l'outrage à magistrat par dépôt de plaintes calomnieuses, accusations mensongères, affabulation, etc.).

L'expert devra conclure presque toujours à l'irresponsabilité, mais l'internement sera rarement à envisager ; il sera surtout une question d'espèce et ne s'imposera que dans les cas de récidives graves chez un sujet dépourvu de toute surveillance.

II. — *Au point de vue de la médecine légale militaire,* l'amnésie traumatique sera la grande génératrice des délits qui atteindront en temps de guerre leur maximum de gravité. Ce sera en particulier la fugue, qui est l'élément le plus constant de la délinquance militaire et auquel aboutissent presque tous les autres. En temps de paix, elle provoquera des délits moins graves, qualifiés de : refus d'obéissance, négligence dans le service, oublis, perte de matériel militaire, délits dont la nature passe fréquemment inaperçue et qui seront suivis de sanctions inadéquates.

La question de réforme et d'octroi de pension se posera presque toujours. Elle sera envisagée de façon différente selon qu'il s'agira d'un militaire de carrière ou d'un soldat en séjour obligatoire sous les drapeaux.

Grâce au barème des invalidités du Ministère des Pensions, modifié en ce qui concerne la neuro-psychiatrie par le décret du 22 février 1929, la législation militaire paraît, dans ce domaine, parfaitement organisée.

III. — *Au point de vue civil,* l'amnésie traumatique soulèvera des problèmes infiniment multiples et variés que nous ne pouvons pas tous exposer dans ce résumé. Il faudra envisager : *a*) les *mesures de protection.* Il s'agira d'invalides mentaux qui ne sont habituellement ni interdits, ni pourvus d'un conseil judiciaire. Il est regrettable que la législation française n'institue pas auprès de tels malades qui exigent souvent une surveillance assez étroite, une curatelle analogue à celle prescrite par le code civil allemand, qui est encore en application en Alsace-Lorraine. Seuls, et dans des conditions spéciales, peuvent être accordés à de tels sujets les bénéfices d'une situation particulière, longuement étudiée par le code civil et qualifiés juridiquement du nom « d'absence » ; *b*) *la valeur juridique des actes,* testament, mariage, reconnaissance d'enfants, etc., où l'amnésie traumatique peut être une cause non seulement de viciation du consentement, mais encore d'erreur. L'existence d'une amnésie rétrograde, même lacunaire, mais bien limitée, ou d'une amnésie de fixation encore persistante, mais dont le début est bien fixé, peut permettre d'apporter assez facilement la preuve du déficit de la volonté au moment même de l'acte. Beaucoup d'amnésiques sont pratiquement incapables d'ester en justice et la valeur de leur témoignage est presque toujours sujette à caution ; *c*) *la capacité civique et politique,* en particulier incapacité pratique de faire partie d'un jury d'Assises ; *d*) *l'indemnisation.* Enfin devront se poser les questions d'incapacité professionnelle et d'indemnisation qui varieront selon qu'il s'agira d'accidents du travail ou d'accidents de droit commun. Lorsqu'il faudra fixer la consolidation, nous estimons que si le système de l'indemnité donnée en capital et en une seule fois, sans possibilité de révision, peut être préconisé dans beaucoup de psychoses traumatiques, il constitue dans les cas d'amnésie simple un compromis fâcheux et préjudiciable pour la victime.

IV. — *La simulation de l'amnésie traumatique* est extrêmement fréquente. En temps de guerre, elle constitue souvent l'excuse des graves défaillances. En temps de paix, chez les militaires désireux d'obtenir une pension, on la rencontre sous forme d'exagération de troubles préexistants.

Dans le domaine criminel, elle constitue le leitmotiv de toutes les explications de l'accusé, spécialement en matière d'attentats aux mœurs et d'outrages à la pudeur. Dans les accidents de travail, elle se présente sous la forme de la « persévération ». En fait, son dépistage est excessivement difficile, il est une question de flair, d'examen minutieux du dossier et des rapports d'enquête, de recherche systématique du plus petit signe objectif. A côté des procédés classiques que nous énumérons et en écartant le procédé par l'hypnose, nous signalons l'intérêt de la technique de l'étherisation, qui malheureusement est d'un procédé délicat et non admise par la loi.

Nous considérons comme suspectes : *a*) une amnésie qui constitue le seul symptôme subjectif chez un traumatisé du crâne ou un commotionné ; *b*) une amnésie rétrograde, à la fois trop étendue dans le temps et trop persistante ; *c*) une amnésie de fixation ou d'évocation tardivement apparue.

Discussion

M. le professeur A. Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce) a également été conduit, par la pratique de la psychiatrie militaire, à constater que l'amnésie antérograde revêt une importance notable dans la genèse des délits. Il commente ensuite la loi d'amnistie de 1921, qui accorde une présomption de non-responsabilité pour tous les soldats blessés antérieurement au crâne. En matière d'indemnisation, il regrette que la loi des pensions militaires de 1919 ne tienne pas compte de la profession dans l'appréciation du taux d'invalidité du blessé. Enfin il insiste sur l'intérêt que peut présenter, en matière d'amnésie traumatique, le dépistage d'une affection surajoutée au traumatisme (l'alcoolisme en particulier).

M. Barreau (de Paris) attire l'attention sur la fréquence des amnésies simulées. Il signale que les amnésies importantes s'accompagnent toujours de troubles objectifs, sensoriels ou nerveux.

M. Xavier Abély (de Villejuif) insiste sur l'amnésie rétrograde post-traumatique. Il conclut dans les trois formules suivantes : 1° En dehors des états confusionnels ou démentiels avérés, toute amnésie rétrograde, de quelque étendue et de quelque durée, est une fausse amnésie. 2° Lorsque cette pseudo-amnésie n'est pas accompagnée d'un autre syndrome psychopathique caractérisé, tel que système délirant, schizophrénie..., il est extrêmement probable qu'il s'agit d'une simulation. 3° Lorsque cette pseudo-amnésie est accompagnée d'un syndrome psychopathique caractérisé, elle entraîne les conclusions médico-légales civiles et pénales liées au dit syndrome psychopathique, mais elle n'a, en elle-même, qu'une valeur accessoire.

M. Fr. Adam (de Rouffach) rapporte l'observation d'un cas, qu'il qualifie d'amnésie rétro-antérograde à lucarne.

M. D. Anglade (de Bordeaux) s'est appliqué à découvrir quelque symptôme objectif capable d'authentifier le signe subjectif qu'est l'amnésie. A ce sujet, il souligne la fréquence de la tachycardie et d'autres petits signes d'un syndrome de Basedow fruste.

M. R. Titeca (de Bruxelles) estime, au point de vue militaire, que tout soldat qui a présenté des troubles vrais ou simulés d'amnésie traumatique doit être définitivement écarté des troupes de combat, sa présence au front pouvant provoquer de graves paniques. Au point de vue indemnisation, il croit que l'établissement d'un forfait peut empêcher le développement d'une sinistrose.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. — Communications de Psychiatrie

Un nouveau cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique avec guérison, par MM. Euzière, P. Hugues, H. Viallefont et J. Vidal (de Montpellier).

Les auteurs, se basant sur les considérations anatomo-cliniques du rapport du Docteur Marchand et sur les expériences de Ch. Richet fils, décrivent un cas d'agitation confusionnelle avec réactions maniaques, présentant 1 gr. 10 d'azotémie, ayant évolué vers la guérison sans lésion rénale décelable. Ils attribuent au taux élevé de l'azote dans le sang une origine centrale.

Les lésions du tronc cérébral dans le délirium tremens et dans la psychose de Korsakoff, par M. H. Steck (de Lausanne)

Les lésions anatomo-pathologiques essentielles sont localisées au tronc cérébral, tandis que dans l'écorce, on trouve surtout des troubles vasculaires terminaux secondaires. Projection de microphotographies.

Les manifestations neuro-psychopathiques tardives des maladies infectieuses infantiles, par M. G. Vermeylen (de Bruxelles).

A côté des symptômes de la période aiguë de la maladie infectieuse, il y a lieu de décrire des manifestations tardives à prédominance psychique et qui peuvent se produire même après une infection banale et qui n'a présenté que des symptômes neurologiques extrêmement discrets, voire inexistants.

Syndrome mécanique avec Encéphalite épidémique,
par MM. G. de Clérambault (de Paris) et J. Dresler (de Kobierzyn-Pologne).

Les séquelles d'encéphalite épidémique observées à l'Asile de Kobierzyn ont montré nombre de fois, et avec une netteté absolue dans neuf cas, le syndrome d'automatisme mental.

Pseudo-tumeur inflammatoire (encéphalite) de la région infundibulo-pédonculaire. Syndrome d'adiposité cérébrale et état démentiel, par M. L. Marchand (de Paris).

Il s'agit d'un sujet qui, à l'âge de 59 ans, présenta un ensemble clinique qui permit de localiser les lésions dans la région infundibulo-pédonculaire. A la somnolence, à la polydipsie sans glycosurie, aux troubles cérébelleux, s'associe dès le début un syndrome d'obésité cérébrale pileuse. A l'examen histologique, foyer d'encéphalite occupant la calotte des pédoncules cérébraux et la paroi inférieure et postérieure du troisième ventricule ; intégrité de l'hypophyse. L'état démentiel était conditionné par l'atrophie des cellules du cortex cérébral dont il est difficile de préciser la pathogénie.

Les lésions cérébrales de la démence précoce présentent-elles des caractères de spécificité tuberculeuse ? par M. F. D'HOLLANDER (de Louvain).

Parmi les arguments que l'on peut invoquer en faveur de l'origine tuberculeuse de la démence précoce, les plus sûrs sont fournis par l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye : malgré leur haute valeur démonstrative, ces faits expérimentaux n'en restent pas moins des preuves indirectes. Parmi les preuves plus directes, il faut ranger : les lésions de méningo-encéphalite chronique afolliculaire du type Landouzy, des lésions nodulaires du type épithéloïde et des incrustations du tissu nerveux, même des vaisseaux, par des dépôts calciques pareils à ceux qui sont décrits dans la calcification expérimentale des lésions tuberculeuses.

Schizoïdie et hérédo-syphilis, par MM. J. HAMEL et J. MICHEL (de Maréville).

Les auteurs soulignent la fréquence de l'hérédo-syphilis à l'origine de syndromes mentaux divers. Ils appuient leur opinion en rapportant encore deux cas d'hérédo-syphilis ayant donné lieu au développement de syndromes mentaux à rapprocher, le premier, de la démence précoce, le second de la schizomanie.

Sur le mécanisme foncier de certains délires interprétatifs,
par M. G. de CLÉRAMBAULT (de Paris).

Dans les psychoses chroniques, dites interprétatives, l'auteur distingue, comme dans les psychoses hallucinatoires chroniques, des mécanismes automatiques et un système d'idées consécutif ; ce dernier seul est personnel et vraiment interprétatif. Parmi les mécanismes automatiques, il croit pouvoir isoler un processus tenant à la fois de l'obsession et de l'illusion, jouant dans les domaines perceptif et olfactif, mais conditionné par un état prédémentiel : c'est le pseudo-contact, stéréotypé, incoercible.

Sur les troubles de la notion de Temps et d'Espace,
par M. Aug. LEY (de Bruxelles).

L'auteur, après avoir rapporté l'observation d'un homme de 29 ans, attire l'attention sur le caractère de « crises » passagères que revêtaient les troubles des notions espace-temps et sur le fait de leur apparition brusque, de leur irruption dans la conscience, avec accompagnement de malaise physique et de manifestations secrétoires salivaire et sudorale.

Le rire et l'épilepsie corticale, par M. Georges DUMAS (de Paris).

Les rares psychologues qui ont posé la question du rire sont tombés d'accord sur ce point que le rire est la conséquence d'une émotion, le plus souvent mêlée d'attente, qui se résout subitement en rien. Au point de vue physiologique, les accès de rire sont des accès de convulsions cloniques mêlées de tétanos incomplet ; on peut les rapprocher des convulsions qui accompagnent l'épilepsie corticale. Mais si les convulsions du rire sont comparables aux convulsions cloniques de l'épilepsie corticale, leur mécanisme psycho-cérébral est encore obscur : il semble qu'il faille introduire à l'ori-

gine du rire la notion d'*énergie émotionnelle accumulée* (Spencer). Dans cette hypothèse, c'est une excitation émotionnelle se résolvant en excitation mécanique banale par brusque *dénivellation*, qui provoquerait les excitations cortico-thalamiques génératrices du rire.

Tant que l'excitation reste émotionnelle, c'est-à-dire, tant qu'elle est le fait d'une émotion déterminée, elle a ses conditions probables de synthèse et ses voies d'irradiation systématique dans la région thalamique ou péri-thalamique ; mais dès que l'émotion se réduit brusquement à rien, sous l'influence d'une réflexion ou d'une constatation qui en supprime la raison d'être, l'excitation développée par l'émotion devient une excitation simple de dérivation et, par un processus analogue à celui des excitations cortico-bulbaires de l'épilepsie corticale, elle atteint par les voies thalamico-bulbaires les centres bulbo-médullaires et y provoque une suractivité qui en fait les agents de convulsions du rire et de leur généralisation.

Ancien persécuté auto-accusateur, revendicateur à rebours,
par M. le Colonel POTET (de Rabat).

Idées de revendication à rebours observées chez un sujet anciennement atteint d'un état de dépression post-commotionnel avec délire de persécution et d'auto-accusation.

Contribution à l'étude des perturbations glycémiques dans les maladies mentales, par MM. B. RODRIGUEZ-ARIAS, J. PONS-BALMES et E. IRAZOQUI (de Barcelone).

Les troubles de la régulation glycémique sont très fréquents dans la schizophrénie. Dans la psychose maniaco-dépressive, l'hyperglycémie est notée dans 57 0/0 des cas. Dans l'épilepsie essentielle, les courbes de glycémie sont souvent prolongées. Aucune altération dans les processus préséniles et séniles.

Le métabolisme basal dans les psychoses,
par MM. B. RODRIGUEZ-ARIAS, E. IRAZOQUI et N. ENCOCHEA (de Barcelone).

L'hypermétabolisme se manifeste très souvent dans la schizophrénie et dans les syndromes post-encéphalitiques. Les résultats sont très variables chez les maniaco-dépressifs ; seuls les hypomaniaques montrent toujours un hypermétabolisme. Les chiffres s'écartent peu de la normale dans les cas de psychonévrose et d'épilepsie essentielle.

II. — COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Paraspasme facial médian et spasme facial bilatéral postencéphalitique,
par MM. D. CROUZON, J. CHRISTOPHE et M. GAUCHER (de Paris).

Relation de deux cas de spasme facial. Chez le premier malade, le désordre moteur réalise la symptomatologie classique du spasme facial médian, tel qu'il a été individualisé par Meige ; chez le second, il existe un spasme médian de la face tout à fait comparable, réalisant une occlusion spasmodique des paupières, au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphaliti-

que des plus typiques. Il semble donc que, à côté des cas de paraspasme facial dits « idiopathiques », il en est d'autres qui, étiologiquement, paraissent être d'origine encéphalitique.

Un phénomène particulier : « phénomène d'obstacle » provoqué par l'urine et le liquide céphalo-rachidien dans des conditions diverses : procédé pour sa démonstration (avec projections), par M. Art. DONAGGIO (de Modène).

Quand, dans un tube à essai, on mêle à une quantité déterminée d'une solution de couleur basique d'aniline une quantité déterminée d'urine ou de liquide céphalo-rachidien préalablement filtrés, bouillis, et encore filtrés après refroidissement, il arrive d'ordinaire que si l'on verse dans le mélange une quantité déterminée de molybdate d'ammonium, *la couleur précipite complètement ou presque complètement par le molybdate sans que l'urine ou le liquide céphalo-rachidien empêchent cette réaction :*

Après des recherches très nombreuses, l'auteur a pu établir qu'*il y a des conditions dans lesquelles l'urine et le liquide céphalo-rachidien acquièrent la propriété de limiter ou d'empêcher la précipitation de la couleur* (thionine) *de la part du molybdate d'ammonium, de sorte que dans le tube à essai la colonne liquide reste colorée à un degré plus ou moins intense.* A ce fait d'inhibition, ou de protection, M. Art. Donaggio a donné le nom de « *phénomène d'obstacle* ».

L'auteur apporte au Congrès la technique de cette méthode et en expose les résultats les plus importants et les plus récents, en particulier dans la *fièvre,* la *fatigue,* l'*épilepsie motrice,* où on trouve de façon constante ce « phénomène d'obstacle ». Il se manifeste après une période de latence à la suite de l'injection à doses thérapeutiques de *préparations bismuthiques, arsénicales, mercurielles* et persiste alors pendant plusieurs jours. On l'observe également à la suite d'injections d'*extraits de glandes à sécrétion interne.*

Il se produit aussi dans la *grossesse.* Il existe avant la fièvre dans la *pyrétothérapie,* par substances chimiques ou par des procédés physiques tels que la *diathermie générale* proposée par M. Art. Donaggio (1923).

Le « phénomène d'obstacle » est absent dans une maladie extrapyramidale avec hypertonie musculaire telle que le *parkinsonisme post-encéphalitique.*

En outre, les résultats suivants sont tout à fait constants :

1° Si l'urine ou le liquide céphalo-rachidien — qui, comme d'habitude, sont préalablement filtrés, bouillis, filtrés de nouveau, et présentent le « phénomène d'obstacle », — *sont mélangés avec de la poudre de kaolin ou du charbon animal,* et le mélange agité et filtré, et si sur la partie filtrée on pratique ma réaction, on constate que l'urine et le liquide céphalo-rachidien *ont perdu la capacité de provoquer le « phénomène d'obstacle » ;*

2° Si l'urine et le liquide céphalo-rachidien filtrés, bouillis, filtrés, qui présentent la capacité de déterminer le « phénomène d'obstacle », *sont soumis à la dialyse,* la partie qui a passé à travers la membrane du dialysateur dans l'eau distillée, et qui est reconduite par l'ébullition à la proportion primitive, perd la capacité de provoquer le phénomène d'obstacle ;

3° Si le résidu de l'urine ou du liquide céphalo-rachidien, resté au-dessus de la membrane du dialysateur, est recueilli et reconduit avec de l'eau distillée au volume primitif, *on obtient le « phénomène d'obstacle ».*

Ces phénomènes sont propres aux substances colloïdales. C'est pourquoi M. Art. Donaggio formule l'hypothèse, fondée sur des faits constants d'observation, que dans le mécanisme du « phénomène d'obstacle », mis en évidence avec sa réaction, *l'action protectrice des colloïdes* a un rôle important.

Encéphalite avec aphasie, par M. S. F. Heidema (d'Amsterdam).

Relation d'un cas d'aphasie motrice curable, d'origine encéphalitique. Au point de vue de la psychologie de la parole, ce cas plaide pour un désordre indépendant de la parole, sans autres anomalies psychiques.

Gliome kystique du lobe frontal. Trépanation, drain oublié dans les méninges et toléré pendant 17 ans, par MM. A. Merland et G. Le Goarant, (de Marseille).

Les auteurs rapportent un cas de tumeur du lobe frontal, qui s'est manifesté au début par de la torpeur et de l'hébétude, ainsi que par des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, qui a évolué vers la démence et s'est terminé par une crise narcoleptique. Les impulsions inconscientes constatées pendant les 5 années qui ont suivi l'opération reconnaissent pour cause, à leur avis, l'irritation corticale déterminée par la présence du drain. Présentation de pièces d'autopsie.

III. — Communications de Médecine légale et d'Assistance

Sur l'internement et la libération des délinquants anormaux, par M. P. Verstraeten (de Melle-Gand).

En vertu de la loi belge du 9 avril 1930, de « Défense sociale », entrée en vigueur le 1er janvier 1931, plusieurs établissements ont été créés pour recevoir les inculpés déments, débiles ou déséquilibrés mentaux dont la responsabilité est considérée comme nulle ou très atténuée par les tribunaux chargés de les juger après rapport d'expertise mentale. Si les états de démence et de débilité intellectuelle grave s'imposent clairement à l'esprit, on ne peut en dire autant de l'état grave de déséquilibre mental. Les déséquilibrés comprennent les psychopathes constitutionnels et des anormaux, atteints passagèrement de déséquilibre, tels que des épileptiques, des obsédés, des alcooliques, des fous moraux, etc. Cet état de déséquilibre doit être considéré comme vraiment grave, lorsque les tares biologiques l'emportent sur les tares acquises par la faute du délinquant. Les anormaux sont libérés lorsque leur reclassement est assuré avec quelques chances d'amendement durable. Les délinquants primaires, non criminels, débiles et déséquilibrés, sont traités avec beaucoup d'indulgence et le premier essai de libération se fait souvent au bout de quelques mois, si leur amendement est satisfaisant, mais une trop grande bonté n'est pas de mise pour les récidivistes voués inévitablement à la rechute, en raison même de leurs mauvaises habitudes : un régime de fermeté à l'établissement de défense sociale, prolongé pendant des années, aura une action intimidante, qui, à mon avis, portera ses fruits.

Note sur les psychopathes frustes dits « pervers instinctifs », par M. le Colonel POTET (de Rabat).

Au point de vue étiologique, l'état submorbide dit de « perversité instinctive » n'est que très rarement constitutionnel. Sa cause principale réside dans un défaut d'éducation. Le traitement de la perversité donnant peu de résultats, il faut intensifier sa prophylaxie.

Au sujet de l'Hygiène mentale au Maroc, par M. le Colonel POTET (de Rabat).

Plan de l'organisation future de l'Hygiène mentale au Maroc : création d'un Comité d'Hygiène mentale et établissement d'un programme des réalisations nécessaires pour l'Hygiène mentale des sujets normaux et anormaux, Européens et Indigènes.

Sur les effets thérapeutiques du nucléinate de soude en psychiatrie, par MM. B. RODRIGUEZ-ARIAS et M. MOLES (de Barcelone).

Tous les processus mentaux de nature toxi-infectieuse tirent un profit réel ou apparent de l'administration systématique du nucléinate. Mais c'est surtout dans le traitement des encéphalites aiguës ou prolongées qu'on devrait y avoir plus souvent recours, l'évolution dans ces cas des symptômes cliniques et de la formule leucocytaire du sang témoignant de l'efficacité du traitement.

Le traitement des agitations psychosiques aiguës (délire et agitation catatonique, délirium tremens) par l'insuline, par M. H. STECK (de Lausanne).

Le traitement insulinique, combiné avec des injections de sérum glucosé, est spécialement indiqué dans les cas d'agitation psychosique aiguë avec sitiophobie et déshydratation rapide de l'organisme. On obtient, en même temps qu'une réduction de l'agitation, une rapide amélioration de l'état général.

Jean TITECA.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 mai 1933

Présidence : M. Clovis VINCENT, président

Sur les processus prolifératifs de l'épendyme médullaire. Rapports avec les tumeurs intramédullaires et la syringomyélie, par MM. Cornil et Mosinger.

L'hyperplasie épendymaire centromédullaire est extrêmement fréquente. Parfois, elle réalise une véritable tumeur bénigne asymptomatique. Cette hyperplasie est fréquemment métaplasique. Il est donc logique d'admettre que les gliomes médullaires peuvent se développer aux dépens de l'épendyme. Le processus hyperplasique ne s'est jamais accompagné, dans leurs cas, d'hydromyélie, ni de syringomyélie.

Dans le cas de dilatation du canal épendymaire, l'hyperplasie a fait défaut.

Ces constatations ne fournissent donc pas d'appoint à la conception de Schlesinger, d'après laquelle l'hyperplasie épendymaire précède constamment la syringomyélie.

Myoclonies synchrones et rythmées, syndrome labyrinthique et troubles dystoniques unilatéraux, d'origine pédonculaire probable chez un jeune chien, par MM. P. Mollaret et V. Robin.

Les auteurs présentent un chien de trois mois, chez lequel on observe depuis la naissance l'association d'un mouvement de manège, d'un nystagmus horizontal spontané, de troubles dystoniques liés à l'attitude de la tête et d'un syndrome myoclonique rythmé atteignant la patte postérieure gauche, le cou, l'hémiface gauche et peut-être le voile. L'examen labyrinthique montre l'absence de tout nystagmus provoqué de forme rotatoire. L'hypothèse d'une lésion pédonculaire à prédominance unilatérale paraît probable, à la base de ces symptômes, d'autant plus qu'elle pourrait expliquer l'existence d'une légère hydrocéphalie et d'une cécité.

Arthropathies de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et de l'articulation phalango-phalangienne du médius gauche associées à une arthropathie de la hanche droite chez une tabétique typique, par MM. L. CORNIL et MOSINGER.

Les auteurs rapportent une observation intéressante dans la discussion du problème des arthropathies des petites articulations, en ce sens qu'on relève chez la malade toute la gamme des symptômes de la série tabétique, avec une arthropathie tabétique indiscutable de la hanche droite et des arthropathies digitales isolées, qui paraissent devoir être rattachées au type tabétique.

Au niveau de quelques autres articulations phalango-phalangiennes de la main droite, existe un simple épaississement de la zone articulaire sans modifications osseuses radiologiques. Le syndrome articulaire avait ainsi l'allure contradictoire d'un rhumatisme chronique déformant.

A propos d'un cas d'hémangioblastome du cervelet,
par MM. P. PUECH, J. A. CHAVANY, F. RAPPOPORT et C. RAMIREZ.

Les auteurs présentent un malade atteint d'hémangioblastome du cervelet. Il a été opéré (Drs P. Puech et David) : un kyste a été vidé ; la tumeur solide a été extirpée. Le malade se comporte actuellement comme un sujet normal. Ces tumeurs congénitales, histologiquement bénignes, ne se révèlent d'ordinaire que chez l'adulte, et souvent par un syndrome d'allure aiguë qui risque d'égarer le diagnostic. L'aspect radiologique observé dans ce cas d'hémangiome du cervelet (lacis vasculaire situé dans une zone limitée de la fosse postérieure répondant à la tumeur) n'a pas, à leur connaissance, été encore signalé. En l'absence de la constatation d'un hémangiome de la rétine, il pourrait avoir une valeur étiologique.

Volumineux méningiome pré-rolandique ne s'étant révélé que par des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, par MM. J. DEREUX (de Lille) et P. MARTIN (de Bruxelles).

Les auteurs relatent l'observation d'un malade présentant un volumineux méningiome de la région pré-rolandique qui fut extirpé totalement et avec un succès complet. Ce méningiome ne s'était révélé que par des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Les auteurs insistent sur la discrétion clinique de ces symptômes focaux malgré le volume de la tumeur et sur l'aspect radiographique qui a permis d'affirmer la nature histologique avant l'intervention.

Gliome frontal kystique droit sans aucun signe de localisation focale. Intervention opératoire. Guérison, par MM. ROCHON-DUVIGNEAUD, SCHAEFFER, Th. de MARTEL et GUILLAUME.

Chez une jeune femme de 21 ans se développe en 6 mois un syndrome d'hypertension intracranienne très marqué, avec céphalée, vomissements, stase très accentuée, sans aucun signe focal de localisation. La ventriculographie seule montra qu'il s'agissait d'une tumeur du lobe frontal droit. Il s'agissait d'un astrocytome protoplasmique kystique qui fut enlevé. La malade est maintenant très bien portante.

Les auteurs insistent sur la tolérance remarquable du lobe frontal droit en présence d'une si volumineuse tumeur, et sur les caractères du syndrome d'hypertension intracranienne, dont l'intensité et la rapidité d'évolution sont bien plutôt le fait des tumeurs de l'étage postérieur.

Deux cas de névralgie trigéminale dans la syringobulbie. Le caractère de la douleur dans les algies faciales d'origine centrale et leur traitement, par MM. SCHAEFFER et M. PELLAND.

Il s'agit de deux sujets atteints respectivement de névralgie faciale depuis 7 et 4 ans, avec atteinte des masticateurs, amyotrophie linguale, nystagmus dans un cas, troubles de la sensibilité de la face descendant sur le cou et le tronc.

Les auteurs insistent sur l'unilatéralité des douleurs ne dépassant pas le domaine de la V^e^ paire, et leur caractère, au début tout au moins, de douleur discontinue, survenant par crise, ressemblant étroitement à celle du tic douloureux de la face.

Si la thérapeutique étiologique est la seule logique, quand elle est déficiente, il semble bien que la neurotomie rétrogassérienne mérite d'être tentée.

Sur deux cas d'hématome méningé du lobe frontal opérés. Présence du signe de l'inégale déviation provoquée de la marche, par M. DELMAS-MARSALET.

S'appuyant sur ses recherches expérimentales concernant le rôle du lobe frontal dans l'équilibration, l'auteur a recherché le signe de l'inégale déviation provoquée de la marche après rotation sur le fauteuil de Barany qu'il avait mis en évidence chez le chien lésé du lobe frontal. Dans deux hématomes méningés tardifs, post-traumatiques, ce symptôme existait d'une manière indiscutable, les sujets déviaient fortement du côté de leur lésion et peu ou pas du côté opposé. Après opération, qui confirmait le diagnostic d'hématome localisé, la déviation provoquée de la marche après rotation était devenue égale et conforme à la règle pour les deux sens de rotation.

Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à une éruption purpurique. Anesthésie diffuse des membres inférieurs avec aréflexie pilomotrice, par M. André THOMAS.

Observation d'une malade chez laquelle la paralysie du sciatique poplité externe s'est installée à la suite d'un purpura rhumatoïde. La paralysie motrice est unilatérale. Les troubles de la sensibilité superficielle débordent de beaucoup le domaine du sciatique poplité externe. La sensibilité est altérée sur les deux membres inférieurs.

Sur le tronc et les membres supérieurs, la sensibilité est respectée sauf au niveau d'îlots isolés sur la paroi abdominale. Il subsiste de vastes placards purpuriques. Sur les territoires anesthésiques, il existe une aréflexie pilomotrice.

La paralysie du sciatique poplité externe est due à un hématome ; les troubles de la sensibilité et l'aréflexie pilomotrice à des hémorragies sous-cutanées.

Jean TUSQUES.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

MÉDECINE LÉGALE

La simulation des symptômes pathologiques et des maladies, par A. Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, 1 vol. 436 pages, Baillière, édit. Paris, 1933.

Au cours de toutes les guerres, comme dans certaines conditions spéciales du temps de paix, il s'est toujours trouvé des sujets qui ont tenté d'échapper à leurs obligations par la ruse. M. Costedoat croit pourtant que la fraude est assez rare et que le danger réside plutôt, pour l'expert, dans une croyance trop facile à la simulation. Aussi réserve-t-il, dans chacun des chapitres de son livre, une place importante à la discussion des erreurs possibles. Cette tendance est particulièrement nette pour tout ce qui concerne la pathologie nerveuse (paralysies, douleurs, anesthésies, mouvements involontaires, troubles de la marche et de l'équilibre), et pour les troubles mentaux (peur pathologique, hallucinations, idées délirantes, tentatives de suicide, états d'excitation ou de dépression).

Les faits de simulation les plus méthodiquement étudiés et les mieux connus sont décrits en détail : ictères picriqués, albuminuries et glycosuries provoquées, abcès septiques ou aseptiques, lésions cutanées, mutilations volontaires, œdèmes de striction ou œdèmes durs traumatiques, conjonctivites par ipéca, etc.

L'auteur s'attache tout particulièrement à l'étude de l'état mental des simulateurs : la simulation de cause pathologique (hystérie, anxiété, débilité mentale) revêt en effet, dans la pratique, une importance qui justifie les développements dont elle a été l'objet.

Cet excellent ouvrage, appelé à rendre de grands services, tant aux médecins de l'armée qu'à tous les médecins experts, est le développement de l'enseignement de M. Costedoat au Val-de-Grâce.

René Charpentier.

PSYCHIATRIE

Étude des formes psychosiques de la paralysie générale. Essai de pathogénie des délires secondaires, par le Docteur Aimé Colis. *Thèse Lyon*, 1932, 111 pages (Bosc frères et Riou éditeurs).

Ce travail comprend deux parties. Dans un premier chapitre, l'auteur étudie les formes psychosiques spontanées de la paralysie générale. Après avoir rappelé les publications antérieures consacrées à cette question, il entreprend à son tour l'étude clinique des délires que l'on observe au cours de la Paralysie générale. Ces délires ont, selon lui, pour caractères essentiels de se manifester surtout dans les formes peu avancées ou pendant les rémissions, c'est-à-dire dans les cas où l'intelligence est peu diminuée.

Le deuxième chapitre, qui constitue la partie essentielle de ce travail, est consacré à l'étude des délires secondaires. Ces formes psychosiques secondaires sont caractéristiques d'une forme atténuée de méningo-encéphalite, leur évolution est lente et la démence atténuée.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations de malades chez lesquels les délires secondaires sont apparus à la suite de traitements autres que la malariathérapie : tuberculinothérapie (Anglade et Donadieu), huile soufrée (Larrivé et Mestrallet), sulfarsénol (P. Guiraud), mercure (Devay).

Dès lors, si ces délires peuvent apparaître à la suite d'une pyrétothérapie obtenue par un produit autre que la malaria ou encore à la suite d'un traitement chimique, il paraît difficile, lorsqu'il s'agit d'expliquer le mécanisme de leur production, de faire jouer un rôle primordial à l'hématozoaire dont les toxines agiraient sur les centres nerveux.

L'auteur, rejetant cette manière de voir, estime que c'est la fièvre qui agit et non l'infection et que cette fièvre agit en transformant les lésions diffuses de méningo-encéphalite en lésions de syphilis cérébrale.

E. Larrivé.

NEUROLOGIE

Sur des formes d'association entre catatonie et parkinsonisme dans les névraxites. Etude clinique, par le Dr Norbert Bornstein, ancien interne de la maison de santé départementale de la Seine-Inférieure. *Thèse Paris*, 1932, 99 pages, Lac, édit.

Les troubles du tonus et de l'automatisme s'observent essentiellement dans le parkinsonisme post-encéphalitique et dans la catatonie de la démence précoce.

Dans le parkinsonisme, les lésions du système pallido-strié déterminent une hypertonie dans des attitudes déterminées, une diminution ou même une abolition des mouvements automatiques.

Dans la catatonie, on admettrait, à côté de symptômes de la série pyramidale et extra-pyramidale, des modifications du tonus d'ordre psycho-moteur, parallèles à l'attention du sujet, c'est-à-dire à son état de tension psychique. La rigidité psycho-motrice n'est pas liée à l'exagération des réflexes de posture.

Bien que la catatonie, avec son substratum psycho-moteur et le parkinso-

nisme, avec son syndrome postural, s'opposent cliniquement et physiologiquement, on peut observer l'association des deux phénomènes, notamment dans certaines formes d'encéphalite épidémique. R. DUPOUY.

Contribution à l'étude de la Mort rapide-post-opératoire dans les Tumeurs Intra-Rachidiennes, par le Docteur J. A. THIÉBAUT. *Thèse Lyon*, 1932, 63 pages (Bosc frères et Riou, éditeurs).

L'auteur, dans ce travail, étudie une complication heureusement rare des interventions pour tumeurs intra-rachidiennes. Dans les 24 premières heures qui suivent l'opération, alors que souvent le malade s'est réveillé très normalement, on voit survenir une brusque hyperthermie avec chute rapide de la tension artérielle, bientôt suivie de coma avec dyspnée et de paralysie respiratoire amenant la mort. Les cas suivis de guérison, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement, sont rares. Plusieurs causes paraissent intervenir dans la production de tels accidents : l'âge du sujet, ainsi que son état au moment de l'intervention, jouent un rôle important mais non primordial, par contre, le siège de la tumeur en hauteur et en profondeur, son volume, son étendue, son ancienneté, ont une importance capitale ; quant aux causes d'ordre opératoire, elles ne sont pas négligeables.

Quant à la pathogénie, elle demeure obscure et est encore discutée. Doit-on penser qu'il s'agit uniquement d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, qui, en agissant sur les centres des 3e et 4e ventricules, provoquerait le coma, l'hyperthermie et les troubles respiratoires, ou, au contraire, certaines constatations anatomiques n'autorisent-elles pas à invoquer un autre mécanisme ?

L'auteur, en effet, a trouvé chez un malade, mort dans ces conditions, des lésions hémorragiques intra-médullaires, et il estime que ces lésions, en rapport avec l'intervention, doivent jouer un rôle important dans la production des accidents. E. LARRIVÉ.

Étude anatomo-clinique de la maladie d'Ollivier. Les tumeurs diffuses primitives des méninges cérébrospinales, par le Docteur Joseph BERTRAND. *Thèse Lyon*, 1932, 94 pages (Imprimerie Intersyndicale Lyonnaise, éditeur).

Dans ce travail, l'auteur, à propos d'une observation publiée par MM. Froment, Dechaume et Christy a recherché les cas indiscutables de maladie d'Ollivier, publiés depuis l'observation « princeps » de 1837. Ceux-ci sont rares.

Ce qui fait l'unité de cette affection, c'est l'aspect macroscopique des lésions, à savoir : la présence dans la méninge molle de tout le névraxe d'une gangue de tissu néoformé en l'absence de toute néoplasie viscérale, dont elle pourrait être la métastase. Elle comprend : 1° des sarcomatoses diffuses, qui ne sont que l'envahissement des méninges molles par la généralisation ou la diffusion d'une tumeur gliomateuse du cerveau ; 2° des sarcomatoses diffuses primitives des méninges d'origine neuro-ectodermique rentrant dans le groupe des méningoblastomes.

La sémiologie clinique est protéiforme. Suivant les cas, elle réalise les tableaux d'hypertension intra-cranienne de compression médullaire, d'état méningé, de syndrome démentiel, d'encéphalomyélite.

Dans des cas exceptionnels, la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'éléments anormaux qu'une cytologie, plus précise, pourrait affirmer d'origine gliomateuse ou méningoblastomateuse, permettrait de faire le diagnostic.

La diffusion des lésions s'oppose à tout traitement efficace. Seul un traitement radiothérapique bien conduit permettra d'améliorer certains symptômes et de retarder, peut-être, l'évolution inexorable de la maladie.

E. LARRIVÉ.

Au sujet d'une étiologie des Myopathies progressives acquises de l'adulte : Les Toxi-Infections *(Etude clinique d'après quelques observations françaises)*, par le Docteur Pierre FLOTTES. *Thèse Lyon*, 1932, 115 pages (Bosc frères et Riou, éditeurs).

Ce travail constitue une contribution à l'étude de l'étiologie infectieuse de certaines myopathies. Celles-ci débutent après la vingtième année après une toxi-infection. Au point de vue symptomatologique, elles n'offrent aucun aspect particulier.

C'est au déclin de la toxi-infection en cause que les symptômes font leur apparition ; l'asthénie de la convalescence, au lieu de régresser, s'accroît avec une progression plus ou moins régulière, l'impotence fonctionnelle augmente sans cesse, puis apparaissent les troubles trophiques musculaires ; l'évolution dure plusieurs années et se fait selon le type atrophique ou pseudo-hypertrophique.

Les muscles atteints sont ceux dont la chronaxie est la plus petite et il y a lieu de noter que, du point de vue chronaxique, chimique et histologique, les signes d'atteinte fonctionnelle et organique du système neuro-musculaire, dans les myopathies, sont d'une importance unique : il n'a été noté, en effet, dans aucune autre affection neurologique, de chronaxies plus élevées et de déshabitation plus complète, par exemple, de la plaque motrice; ceci étant peut-être à rapprocher du caractère évolutif irrémédiablement progressif de la maladie.

E. LARRIVÉ.

ANATOMIE

Les principaux systèmes des fibres afférentes du cortex cérébral chez les primates (The main afferent fiber systems of the cerebral cortex in Primates), par Stephen POLIAK, 1 volume, XIV + 370 pages, 96 figures. *University of California Press*, Berkeley, 1932.

L'anatomie et la physiologie des connexions encéphaliques sont encore entourées d'obscurités. La notion de centres moteurs, sensitifs et sensoriels est fondée sur des données assez vagues, sur lesquelles les auteurs restent divisés. Dans son important traité, Stephen Poliak se propose l'étude des portions centrales des voies somato-sensorielles du cortex cérébral ; leurs fonctions normales et pathologiques sont décrites sur la base de résultats expérimentaux obtenus chez le singe par la méthode dégénérative de Marchi. Les coupes, après coloration des tissus normaux et les comparaisons avec les zones atrophiées, ont apporté quelques précisions dans la fixation des

limites des faisceaux de projection, de leurs connexions et de leur composition intrinsèque.

Malgré le nombre des travaux récents, l'auteur n'a pas hésité à apporter sa contribution autorisée aux 3 problèmes suivants : 1. Relation du cortex moteur avec les centres somato-sensoriels ; 2. Limites de la zone temporale de terminaison du système auditif ; 3. Distribution des radiations optiques et projection de la rétine au niveau de l'area striata. Ces 3 groupes d'investigation forment les 3 parties du livre. Dans l'étude des terminaisons sensitives, notons un remarquable exposé sur la constitution du relai thalamique, sur les rapports de la couche optique avec les centres corticaux, les noyaux de la base et sur les fibres inter et intrathalamiques. A propos des centres auditifs, l'effort de l'auteur a surtout porté sur la délimitation des zones de projection temporales et sur les rapports de la région rétrosylvienne avec les fonctions cochléaires et le sens de l'équilibre.

Le mode d'excitation des centres, les procédés de destruction et l'étude de leur rôle vital doivent être étroitement liés aux recherches anatomiques. La physiologie implique la notion de structure. Ainsi que le fait remarquer Poliak, l'architecture de zones à stimulation spatiale (centres visuels) diffère nettement du type gustatif ou olfactif. D'autres notions utiles sont à tirer des considérations phylogéniques. Elles complètent nécessairement l'étude du développement de l'individu, mais l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer — à côté de l'observation dans les différentes espèces — les expériences sur les primates supérieurs dont le système nerveux se rapproche le plus de celui de l'homme. C'est dans cette voie que seront réalisés les progrès futurs dans le domaine de l'anatomie nerveuse et de la psychophysiologie.

P. Carrette.

BIOLOGIE

Les rythmes et la vie, par MM. Laignel-Lavastine, A.-M. Chanoz, J. Monchanin, G. Richard, J. Guitton, F. Mentre, H. Duprat, H. Cardot, R. Biot, (Un vol. in-12, 264 pages. *Editions du Groupe Lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques,* Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon 1933).

Le Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques, s'est donné pour tâche de faire converger sur les grands sujets qui sont comme au carrefour de la médecine et de la philosophie, de la biologie et de la morale, les lumières de spécialistes consultés chacun à leur tour et apportant leur point de vue et leur compétence.

Après les ouvrages précédemment parus, *Questions relatives à la sexualité*, puis *Hérédité et Races*, le Groupe lyonnais présente aujourd'hui un ensemble de travaux sur les *Rythmes et la Vie*.

Une introduction de M. J. Guitton, Agrégé de Philosophie, Professeur au lycée de Moulins, précise les notions générales sur le temps et le rythme. Puis le Dr A.-M. Chanoz, Docteur ès sciences physiques, chef de travaux de physique biologique à l'Université de Lyon, expose l'Architecture des mondes, atomes et étoiles. Le Dr G. Richard, licencié ès sciences, traite de quelques rythmes microbiens, phases morphologiques et cycles parasitaires ;

le Dr Duprat, de Genève, de l'influx cosmique et la vie de l'homme ; M. H. Cardot, Professeur de Physiologie à la Faculté des Sciences de Lyon, les rythmes dans l'activité neuromusculaire. On aborde ensuite l'étude des rythmes humains : l'activité nerveuse sympathique et endocrine au point de vue des rythmes individuels, par le professeur Laignel-Lavastine, de Paris; les rythmes humains : l'activité sexuelle, par le Dr Biot, ancien chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; rythmes humains : rythmes sociaux et historiques, par M. F. Mentré, Docteur ès lettres ; rythmes humains : les rrythmes de la vie de l'esprit, résumé de l'étude de M. l'abbé Monchanin, Membre de la Société lyonnaise de Philosophie. On voit quelle variété dans le choix des auteurs est mise au service de la synthèse d'une des grandes questions de la Science contemporaine.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Quelques résultats éloignés de la malariathérapie de la paralysie générale, par le Docteur Raymond Aigrot. *Thèse Lyon,* 1932, 99 pages (Bosc frères et Riou éditeurs).

L'auteur, dans ce travail, présente vingt observations de paralytiques généraux traités par la malariathérapie à la Clinique Neurologique du professeur Lépine, au cours des années 1927, 1928, 1929. Sur ces vingt malades, il a observé :

— 6 rémissions complètes, et 6 rémissions incomplètes, soit 60 0/0 de guérisons pratiques.

— 3 rechutes après rémissions partielles ; 2 améliorations déficitaires ; 3 fixations, soit 40 0/0 de résultats médiocres.

De l'étude de ces observations, l'auteur se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes : le pronostic thérapeutique dépend surtout de la précocité du traitement malarique et les 3/4 des malades impaludés, alors que les troubles psychiques avaient débuté depuis moins d'un an, sont en rémission. Selon lui, tout se passe comme si dans l'évolution de la maladie de Bayle, il n'existait au début que des troubles psychiques pseudo-démentiels, susceptibles de régression ; l'atteinte définitive du fond mental n'étant que secondaire.

D'autre part, il a remarqué que les résultats sont d'autant plus aléatoires que le malade est plus jeune, sa syphilis plus récente et le plus énergiquement traitée ; l'éthylisme antérieur semble posséder une influence aggravante.

Au point de vue médico-légal, on ne peut donner de règles générales, chaque expertise posant un problème difficile. Enfin l'auteur signale l'insuffisance de l'assistance pour les paralytiques généraux des classes pauvres, rappelant pour terminer que la création de centres de malariathérapie reste encore à généraliser.

E. Larrivé.

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE LÉGALE

Les aliénés en liberté, par M. Henri CLAUDE. (*Bulletin de l'Académie de Médecine* (séances du 7 juin, du 19 juillet et du 15 novembre 1932).

Le nombre toujours croissant des drames de la folie met à l'ordre du jour la question des aliénés en liberté. M. Claude expose devant l'Académie l'état actuel de la législation, les lacunes de la protection sociale et les mesures à prendre pour remédier à cette situation. Si cette protection est relativement assurée en ce qui concerne certaines catégories d'aliénés pour lesquels la loi de 1838 a prévu l'internement d'office (articles 18 et 19), elle l'est beaucoup moins en ce qui concerne les malades dont le trouble mental n'apparaît pas dans le cours ordinaire de la vie et ne peut être apprécié que par l'observation d'un médecin compétent. Les familles méconnaissent d'autre part la gravité de ces états, n'acceptent pas toujours les mesures proposées. L'opinion publique, mal éclairée, est prête à faire entendre des protestations et à parler d'internement arbitraire. Certaines familles se soumettraient difficilement à des mesures de sécurité revêtant un caractère administratif et il faut cependant trouver le moyen de protéger la Société et les proches contre des réactions dangereuses. Il y a également la question de la sortie de certains malades sous la pression des familles qui méconnaissent la gravité du touble mental, s'illusionnent sur la guérison et sont incapables d'assurer une surveillance réelle. L'Académie désigne une commission, composée de MM. G. Dumas, Brouardel, Souques, Guillain et Henri Claude rapporteurs, chargée d'étudier les mesures à proposer. Dans la séance du 7 juillet M. Claude donne lecture de son rapport dont les conclusions sont les suivantes :

1° Application stricte par l'autorité administrative des articles 18 et 19 visant les placements d'office ;

2° Examen à l'Infirmerie spéciale par les soins de la Préfecture de Police ou placement dans un Asile d'Aliénés des sujets reconnus dangereux ;

3° Diriger sur des Etablissements de Prophylaxie mentale les sujets suspects de troubles mentaux ;

4° Dans le cas où ces mesures se heurteraient à des difficultés en raison du caractère spécial de certaines situations, soumettre par l'intermédiaire de l'autorité administrative, les sujets à une Commission médico-judiciaire qui statuerait sur les mesures à prendre :

5° Création d'un service de surveillance des aliénés sortis des Asiles.

Après une intervention de M. Strauss qui fait des réserves sur l'utilité d'une commission médico-judiciaire et voit plutôt dans le développement des centres de Prophylaxie mentale, une meilleure éducation du public, la création d'assistantes sociales la meilleure prophylaxie des troubles mentaux et de leurs conséquences sociales, l'Académie vote les conclusions du rapport.

SENGÈS.

Forme abortive du délire d'interprétation. Constitution hyperémotive et paranoïaque. Homicide, par Gregorio BERMANN. *La Semana Médica*, 2 juin 1932.

Les formes aiguës du délire d'interprétation apparaissent soit au cours d'états toxi-infectieux, soit, chez les paranoïaques, sous forme de bouffées fréquemment déclanchées par des causes extérieures. L'exemple de Bermann correspond à cette seconde éventualité. Commis comme expert, l'auteur formule des conclusions qui appellent des sanctions, non pas légales, mais thérapeutiques.

P. CARRETTE.

Du patronage des anormaux libérés après un internement par mesure de défense sociale, par VERVAECK. *Le Progrès Médical*, 21 mai 1932.

Le médecin spécialiste ne peut, à lui seul, assurer le traitement et la prophylaxie des anormaux. Libérés de l'asile, ils doivent être soumis à la surveillance d'organismes chargés de leur réadaptation sociale. Vervaeck envisage les mesures à prendre. 3 catégories de malades se présentent : 1° les déments qui pourront vivre dans des hospices ; 2° les débiles à diriger sur des groupements agricoles, des colonies familiales ; 3° les déséquilibrés : ils gardent des habitudes vicieuses, contre lesquelles on luttera par des mesures de traitement et d'hygiène morale appliquées hors de l'asile, où ils retourneront à l'occasion de leurs fréquents accès de psychose aiguë.

P. CARRETTE.

L'Institut de Criminologie de Buenos-Aires, 25e anniversaire de sa fondation, par le Pr O. LOUDET. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires. Tome XIX n° 111 ; mai-juin 1932).

A l'occasion du 25e anniversaire de la fondation de l'Institut de Criminologie de Buenos-Aires, son directeur actuel, M. le Pr Loudet, fait un historique complet de cette institution. L'initiative de la création d'un centre d'investigation scientifique de la criminalité appartient à M. Antonio Ballvé, Directeur du Pénitencier national. Ce dernier confia, en juin 1907, la direction de cet Institut au Dr José Ingenieros. Celui-ci répartit les travaux de l'Institut en trois sections destinées à des études distinctes, mais convergentes, comprenant l'étiologie criminelle, la clinique criminologique et la thérapeutique criminelle. Ce furent « *Les Archivios de psiquiatria y criminologia* », organe officiel de l'Institut, qui en recueillirent toutes les études. Depuis 1913, *La Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal* continue à poursuivre le même programme et présente un intérêt qui va grandissant chaque année. Successivement, les Drs Helvio Fernandez et Osvaldo Loudet assumèrent la direction de l'Institut. Un programme de réorganisation fut adopté et bientôt une annexe psychiatrique, un laboratoire de psychologie expérimentale, un musée criminologique et une bibliothèque furent organisés. L'annexe psychiatrique est un centre d'observation, qui reçoit les détenus atteints de psychoses aiguës ou d'épisodes psychopathiques fugaces, qui donne la possibilité de découvrir et d'éliminer les simulateurs, et qui permet d'indiquer les directives à suivre dans chaque cas. C'est ainsi que les délinquants atteints de formes chroniques d'aliénation mentale sont dirigés sur l'Hospice de Las Mercedes ; que ceux

atteints de psychoses aiguës ou épisodiques sont gardés à l'annexe ; que les épileptiques et les débiles mentaux inadaptables au régime pénitentiaire sont envoyés dans une Colonie agricole ; que les pervers instinctifs dangereux sont retenus au bagne de Ushuaia ; que les simulateurs sont renvoyés au pénitencier avec les sanctions disciplinaires adéquates. En somme, on peut affirmer que cet Institut d'investigation scientifique de la criminalité fait honneur à ceux qui l'ont fondé et dirigé et qu'il reste à l'avant-garde de ceux qui se créent dans les autres pays.

LAUZIER.

L'application de la loi hollandaise sur les psychopathes, par P. VERVAECK. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 12e année, nº 7. juillet 1932).

Cette loi, assez différente dans ses modalités de la loi belge, est appliquée depuis le 1er novembre 1928. Elle réalise, en somme, la mise à la disposition du Gouvernement des anormaux, auteurs de délit, quelle que soit la mesure pénale ou médicale prise à leur sujet ; elle est conditionnelle ou non.

Voici quelques chiffres relatés par M. Feber, dans son intéressant travail : « *Beschouwingen over psychopathen Strafrecht* ». Le nombre d'anormaux placés conditionnellement ou non à la disposition du Gouvernement était de 101 fin 1929, de 203 au 13 septembre 1930, de 313 au 15 avril 1931. Le chiffre des anormaux qui ont été placés, pour être traités, dans les établissements pour psychopathes, atteignait 161 au 13 septembre 1930 et 242 au 15 avril 1931, non compris ceux qui subissent encore une peine de prison et qui n'y seront transférés qu'à l'expiration de celle-ci.

Ajoutons, d'après la statistique officielle du Ministère de la Justice, qu'à la date du 15 février 1932, 75 anormaux avaient été placés conditionnellement à la disposition du Gouvernement et 368 sans condition. De ces derniers, 209 furent internés dans des établissements pour psychopathes, 37 dans un asile d'aliénés, et 52 dans un établissement pénitentiaire ou une maison d'arrêt.

LAUZIER.

La stérilisation en justice, par L. VERVAECK. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 12e année nº 10. Octobre 1932).

Un article paru dans le *Bruxelles Médical* signale que la stérilisation réalisée par une intervention chirurgicale a fait l'objet d'un jugement récent rendu par le Tribunal de Offenbourg (Allemagne), édictant une peine d'un an de prison contre le Dr Merk, de Kehl, principal accusé.

Il s'agissait, dans ce procès, de quarante-et-une femmes que ce praticien, qui est médecin-chef de l'hôpital municipal de Kehl, a stérilisées. Dans tous les cas, l'opération eut lieu sans aucun accident. Le Dr Merk a invoqué des raisons médicales pour la justification des stérilisations opérées par lui. Le tribunal n'ayant pas admis, dans la majorité des cas, le bien-fondé de l'indication médicale invoquée — la plupart des observations cliniques n'ayant pu être produites par l'inculpé — a prononcé contre lui la peine d'un an de prison pour lésions corporelles graves. Les assistants du Dr Merk ont été respectivement frappés de peines de six mois et de six semaines de prison.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juin 1933*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 juin 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société ne tiendra qu'une seule *séance* au mois de JUILLET. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 juillet 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, de l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant les mois d'AOÛT et de SEPTEMBRE.

Prix de la Société Médico-Psychologique.

Prix BELHOMME. — Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-Psychologique à 1.500 francs pour l'année 1936. Dans sa séance du 22 mai 1933, la Société Médico-Psychologique a choisi comme sujet du concours pour ce prix la question suivante :

Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr Chaussinand, médecin-directeur honoraire de l'Asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'Or :

M. le Professeur Abadie, médecin des Hôpitaux de Bordeaux ;

M. le Dr Prince, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin) ;

M. le Professeur Daniel Santenoise, de la Faculté de Nancy, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, à Paris.

Nominations.

M. le Dr Papon est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de La Cellette (Corrèze) ;

Mme le Dr Masson, née Chiarli, est nommée médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère) ;

M. le Dr Tarbouriech est nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord) ;

M. le Dr Massot est nommé médecin-chef de service de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés de Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain) ;

M. le Dr Pouffary est nommé médecin-chef de service de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés du Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) ;

M. le Dr Schoennagel est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Vacance de poste.

Est déclaré vacant :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde).

Création de Poste.

Il est créé un nouveau poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

Concours pour 2 postes de Médecin-Chef des Asiles de la Seine.

Ce concours s'est ouvert le lundi 29 mai 1933. Le jury était composé ainsi : *Président :* M. le Dr Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs ; *Membres titulaires :* MM. les Drs Guiraud, Brissot, Rodiet, Paul Abély, Ach. Santenoise, Dide ; *Membre suppléant :* M. le Dr G. Petit.

A la suite de ce concours, MM. les Drs Porc'her et Chatagnon ont été désignés pour occuper un poste de médecin-chef des Asiles de la Seine.

Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine.

L'Assemblée générale (qui sera suivie du dîner annuel) aura lieu le *lundi 26 juin 1933*, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement), aussitôt après la séance ordinaire de la Société Médico-psychologique.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

La XXXVIII[e] Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Lyon*, du 16 au 22 juillet 1934.

Président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Vice-Président : M. le Docteur René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur J. DECHAUME, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIII[e] session.

PSYCHIATRIE : *L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.* — Rapporteur : M. le Docteur André REPOND, Directeur-Médecin-Chef de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs du III[e] ventricule : étude clinique et thérapeutique.* — Rapporteur : M. le Docteur Paul MEIGNANT, Médecin de l'Hospice J.-B. Thiéry à Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

ASSISTANCE : *Classification et statistiques des maladies mentales.* — Rapporteur : M. le Docteur M. DESRUELLES, Médecin-Chef de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

N. B. — Les *inscriptions* sont reçues par le Docteur VIGNAUD, *trésorier*, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV[e] arr.).

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs pour les *membres adhérents* et 50 francs pour les *membres associés.*

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXVIII[e] Session inscrits avant le 10 juin 1934 recevront les rapports dès leur publication.

CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Le *XIX^e Congrès de Médecine légale de langue française* se tiendra à *Lille*, au mois de *mai 1934*.

Le *Bureau* sera composé de : M. le Professeur LECLERCQ (de Lille), *président ;* MM. FIRKETT (de Liége), GUIBERT (de Paris), TRIQUENEAUX (d'Avesnes) et ZANGER (de Zurich), *vice-présidents ;* PIÉDELIÈVRE, *secrétaire général permanent,* et MÜLLER, *secrétaire général adjoint.*

Les sujets des rapports n'ont pas encore été définitivement choisis, mais le Congrès a désigné comme *rapporteurs :* MM. DE LAËT (de Bruxelles) pour une question de médecine légale générale, BROUARDEL et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (de Paris) pour une question de médecine sociale, et le Professeur RAVIART (de Lille) pour une question de médecine légale psychiatrique.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris (IV^e arr.).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le *25^e anniversaire* de la fondation du mouvement d'Hygiène mentale (6 mai 1908 à New Haven, Connecticut), a été solennellement célébré avec un grand succès, à Sprague Hall, New-Haven, le 6 mai 1933, sous les auspices du Comité National d'Hygiène Mentale des Etats-Unis, de la Société d'Hygiène Mentale du Connecticut et de l'Université de Yale.

Les orateurs, parmi lesquels l'Hon. Wilbur Lucius Cross, Gouverneur du Connecticut, M. James Rowland Angell, Président de l'Université de Yale, le Professeur Charles-Edward A. Vinslow (de Yale), mirent en lumière l'œuvre considérable accomplie par M. *Clifford W. Beers* en un quart de siècle, la valeur et l'originalité de son livre « *A mind that found itself* », le succès sans précédent et les réalisations remarquables obtenues dans le monde entier sous son impulsion.

Des travaux sur l'*Hygiène Mentale dans l'Education* furent présentés par MM. Mark May (de Yale), William J. Cooper (de Washington), V. T. Thayer (de New-York), Marion E. Kenworthy (de New-York).

Le 11 mai fut remise à M. Clifford W. Beers la *Médaille d'or* du *National Institute for Social Sciences.* Du monde entier furent adressés à M. Clifford W. Beers des télégrammes et des lettres de félicitations, applaudissant à ses idées et à l'efficacité d'un mouvement dont il fut le précurseur et le créateur et dont il reste l'organisateur.

Rendant justice aux éminents services rendus par lui à l'humanité, le Gouvernement de la République française a nommé *M. Clifford Whittingham Beers Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Les nombreux amis et les admirateurs de son œuvre s'associent de tout cœur aux justes éloges qui lui ont été adressés et se réjouissent des distinctions si méritées dont il a été l'objet.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE

(Paris, 1935)

Président d'honneur : M. Henri Claude (Paris).
Président : M. Edouard Toulouse (Paris).
Secrétaire général : M. Georges Genil-Perrin (Paris).
Secrétaire permanent : M. Clifford W. Beers (New-York City).
Président du Comité Exécutif du Congrès : M. Edouard Toulouse (Paris).
Vice-Président du Comité Exécutif du Congrès : M. Auguste Ley (Bruxelles).
Président du Comité du Programme : M. René Charpentier (Paris).
Vice-Président du Comité du Programme : M. Auguste Ley (Bruxelles).
Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Jean Lépine (Lyon).
Vice-Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Joseph Delaître (Paris).

Comité exécutif du congrès.

M. Edouard Toulouse, *Président*
M. Auguste Ley, *Vice-Président*

Membres ex-officio : MM. Henri Claude (Président d'honneur du Congrès), Georges Genil-Perrin (Secrétaire général du Congrès), René Charpentier (Président du Comité du Programme), Jean Lépine (Président du Comité d'Organisation et de Propagande), Joseph Delaître (Vice-Président du Comité d'organisation et de Propagande), René Sand (Membre du Comité Exécutif du Programme), Clifford W. Beers (Secrétaire permanent des Congrès Internationaux).

Comité du programme.

Comité Exécutif du Programme

M. René Charpentier, *Président*
M. Auguste Ley, *Vice-Président*

Membres ex-officio : MM. Henri Claude (Président d'Honneur du Congrès), Edouard Toulouse (Président du Congrès), Georges Genil-Perrin (Secrétaire Général du Congrès), Jean Lépine (Président du Comité d'Organisation et de Propagande), Clifford W. Beers (Secrétaire Permanent des Congrès Internationaux).

Membres: MM. Jean Abadie (France), Sir Hubert Bond (Grande-Bretagne), K. Herman Bouman (Hollande), Oswald Bumke (Allemagne), Jules Euzière (France), José Germain (Espagne), D. K. Henderson (Grande-Bretagne), Charles F. Martin (Canada), Georges Raviart (France), André Repond (Suisse), Sante de Sanctis (Italie), William A. White (U. S. A.), Auguste Wimmer (Danemark).

Comité Consultatif du Programme
(Un représentant de chaque pays a été désigné)

M. René Charpentier, *Président*
M. Auguste Ley, *Vice-Président*

Allemagne : M. Robert Sommer (Giessen).
Amérique, Etats-Unis : M. Adolf Meyer (Baltimore).
Argentine, République : M. Gonzalo Bosch (Buenos-Aires).
Autriche : M. Julius Wagner-Jauregg (Vienne).
Belgique : M. Ernest de Craene (Bruxelles).
Bolivie : M. Felix Sanchez (La Paz).
Brésil : M. Ernani Lopes (Rio de Janeiro).
Bulgarie : M. Stephen Danadjieff (Sofia).
Canada : M. A. H. Desloges (Montréal).
Cuba : M. Francisco M. Fernandez (La Havane).
République Dominicaine : M. J. I. Mañon (Saint-Domingue).
Equateur : M. Miseno Saona (Quito).
Espagne : M. B. Rodriguez Arias (Barcelone).
Esthonie : M. Ludwig Puusepp (Dorpat, Tartu).
Finlande : M. Ernst Therman (Helsingfors).
France : M. Jacques Hamel (Maréville).
Grande-Bretagne : M. R. D. Gillespie (Londres).
Grèce : M. Michalacopoulos (Athènes).
Guatemala : M. José Manuel Arias (Guatemala).
Hollande : M. F. S. Meijers (Amsterdam).
Hongrie : M. Paul Ranschburg (Budapest).
Inde : M. O. A. R. Berkeley-Hill (Kanke).
Islande : M. Steingrimer Arason (Reykjavik).
Italie : M. Corrado Tumiati (Florence).
Japon : M. Koichi Miyake (Tokio).
Lettonie : M. Hermann Buduls (Riga).
Lithuanie : M. Juozas Blazys (Kounas).
Mexique : M. Samuel Ramirez Moreno (Mexico City).
Norvège : M. Ragnar Vogt (Oslo).
Nouvelles Galles du Sud : M. Ralph A. Noble (Sydney).
Nouvelle-Zélande : M. A. R. Falconer (Dunedin).
Paraguay : M. Cándido Vasconcelos (Assomption).
Pérou : M. Baltazar Caravedo (Lima).
Pologne : M. X...
Puerto Rico : M. Mario Juliá (Hato Rey).
Roumanie : M. J. Marinesco (Bucarest).
Salvador : M. Uberto Lovo-Feusier (San Salvador).
Suède : M. Viktor Wigert (Stockholm).
Suisse : M. Hans W. Maier (Zürich).
Tasmanie : M. E. Morris Miller (Hobart).
Tchécoslovaquie : M. Matej Brandejs (Prague).
Turquie : M. Fayreddin Kerim (Istamboul).
U. R. S. S. : M. Leo Rosenstein (Moscow).
Union Sud-Africaine : M. John T. Dunston (Pretoria).
Uruguay : M. Antonio Sicco (Montevideo).
Venezuela : M. G. Azanda (Caracas).
Victoria (Australie) : M. H. G. Maudsley (Melbourne).
Yougoslavie : M. J. M. Péritch (Belgrade).

Comité d'organisation et de propagande.

M. Jean Lépine, *Président*
M. Joseph Delaître, *Vice-Président*

Membres ex-officio : MM. Henri Claude (Président d'Honneur du Congrès), Edouard Toulouse (Président du Congrès), Georges Genil-Perrin (Secrétaire général du Congrès), René Charpentier (Président du Comité du Programme), Auguste Ley (Vice-Président du Comité du Programme), Clifford W. Beers (Secrétaire Permanent des Congrès Internationaux).

Membres

MM. Jean Abadie, E. Apert, Edmond Aubry, V. Balthazard, Jacques Baruk, Henri Beaudouin, Charles Blondel, Joseph Capgras, G.-G. de Clérambault, Pierre Combemale, Paul Courbon, O. Crouzon, A. Cullerre, D. Dedieu-Anglade, Gaston Demay, Georges Dequidt, F. Dervieux, Donnedieu de Vabres, Georges Dumas, Roger Dupouy, Jules Euzière, Jacques Hamel, Georges Heuyer, Pierre Janet, Lucien Lagriffe, J.-M. Lahy, Maxime Laignel-Lavastine, Henri Laugier, J. Lévy-Valensi, Louis Marchand, P. Mauclaire, Henri Meuriot, I. Meyerson, Roger Mignot, Paul Nayrac, Maurice Olivier, F. Pactet, D. Parodi, Charles Perrens, Charles Pfersdorff, R. Piédelièvre, Henri Piéron, A.-A. Porot, Georges Raviart, J. Raynier, Mlle Madeleine Rémy, MM. Marcel Riser, Jacques Roubinovitch, Henri Roger, René Sand, Daniel Santenoise, Georges Schreiber, Pierre Schützenberger, René Semelaigne, Th. Simon, Paul Sollier, Mme L. Thuillier-Landry, MM. J.-B. Vignaud, Henri Vignes, Claude Vurpas, Mlle D. Weinberg.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La *Société Suisse de Psychiatrie* tiendra sa réunion de printemps les *19 et 20 mai 1933*, à *Bâle*, sous la présidence de M. le Dr Tramer (de Rosegg).

Des rapports sur la *Psychiatrie infantile* seront présentés par le Prof. E. Glanzmann (de Berne) et le Dr Tramer (de Solothurn).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 46.512

SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), JANVIER 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques (*Delirium tremens*) 1

H. Baruk. — Epilepsie et troubles de la pensée intérieure. La « pensée parlée » et le syndrome paranoïde d'origine comitiale 32

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1933 52

Liste des membres établie le 25 janvier 1933 52

Séance du jeudi 12 janvier 1933

X. Abély et Trillot. — Symptôme et syndrome pupillaire de la démence précoce 69

J. Capgras, E. Joaki et René Thuillier. — Accès de phobie chez une maniaque périodique 76

P. Courbon. — De l'opportunité de l'application d'une peine à un ancien délinquant guéri d'une psychose émotionnelle . 81

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan

L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance du lundi 23 janvier 1933

Allocution de M. L. Marchand, président sortant 85
Allocution de M. Georges Dumas, président 86
Décès du Dr George M. Kline (de Boston) 87
Adoption du procès-verbal 87
Correspondance 87
Date de la séance du mois d'avril 88
Commissions des Prix 88
Election à une place de membre titulaire 89
Election de 4 membres correspondants nationaux 89
La thérapeutique par les chocs en neuropsychiatrie. (Rapport par M. N. Péron. — Conclusions) 90
E. Toulouse et A. Courtois. — Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations) 92
Yves J.-M. Porc'her. — Remarques à propos des états hallucinatoires 94
H. Pichard et A. Liber. — Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien 100

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 janvier 1933

G. Guillain et L. Rouques. — Pseudo-tumeur du pédoncule cérébral, traitée par la radiothérapie ; développement secondaire d'un syndrome d'adiposité cérébrale pileuse..... 104
J. Lhermitte et Mlle G. Lévy. — Hallucinose consécutive à un ictus suivi d'hémiplégie gauche avec troubles de la sensibilité et mouvements involontaires 104
H. Meige. — Trophœdème familial 105
Monteiro. — Kyste supra-sellaire 105

(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

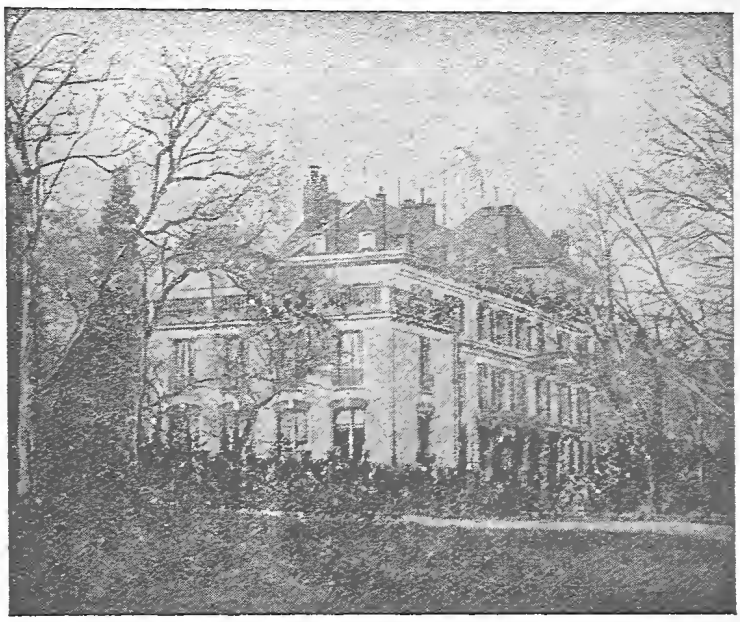
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Histoire de la psychiatrie.

P. Sérieux. — L'internement par « ordre de justice » des aliénés et des correctionnaires sous l'ancien régime (*d'après des documents inédits*) 106

Psychiatrie.

P. Janet. — L'hallucination dans le délire de persécution 108

P. Janet. — Les sentiments dans le délire de persécution 109

H. Baruk. — Les obsessions. Introduction à l'étude physiologique des troubles du courant de la pensée 110

L. Ciampi. — Les émotions 110

Peserico. — Considérations sur le comportement des instincts latents durant les états de maladie et de convalescence 111

Peiper. — L'éveil de l'activité cérébrale chez le nourrisson 111

Schachter. — Considérations sur l'activité cérébrale du nourrisson 111

G. Robin. — Introduction à l'étude de la distraction et de l'inattention chez l'enfant 111

G. Robin. — Les troubles du langage chez l'enfant en dehors des troubles de l'articulation et de la prononciation (parole, lecture, écriture) 112

Biologie.

L. Marchand. — Le sang dans les maladies mentales, l'épilepsie et la paralysie générale. 112

L. Ciampi et I.-B. Ansaldi. — La réaction photosérochromatique de Kottmann dans les maladies mentales 113

Neurologie.

L. van Bogaert et Sweerts. — Sur les myoclonies de la chorée électrique d'Enoch-Bergeron 113

Riser, P. Meriel et Planques. — Les spasmes vasculaires en neurologie. Etude clinique et expérimentale 113

H. Claude, H. Baruk et Mlle S. Nouel. — Le réflexe de posture du biceps. Nature de la contraction musculaire. Etude comparative des facteurs posturaux et psycho-moteurs, en particulier dans l'encéphalite léthargique. ... 114

B.-K. Prusik. — Contracture musculaire après injection intravasculaire de cathésine ... 114

(*Suite du sommaire page VI*).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

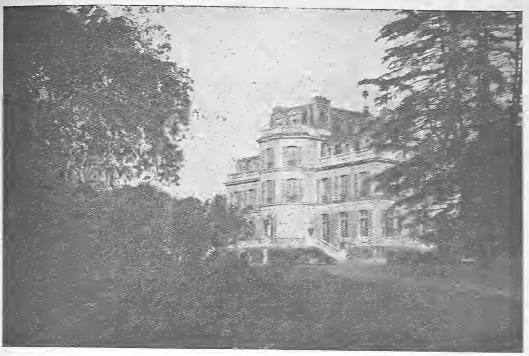
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44**.

VARIÉTÉS

Société Medico-Psychologique :
Dates des séances 115
Nécrologie 115

Prix de la Société Médico-Psychologique :
Année 1934 115
Année 1935 117
Année 1936 117
Année 1937 117

Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 117
Légion d'honneur 117
Médaille d'honneur de l'Assistance publ. 117
Nominations 117
Vacance de poste 118
En l'honneur du Dr G. Dequidt 118

A propos du projet de désaffectation de l'Asile Sainte-Anne : Protestation de l'Association corporative des Etudiants en médecine. 118

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXVIIe session, Rabat, 7-13 avril 1933) :
Questions mises à l'ordre du jour de la XXXVIIe session 118
Inscriptions à l'ordre du jour des séances 119
Inscriptions au Congrès 119
Renseignements concernant le séjour et le voyage 120

IIe Réunion européenne d'hygiène mentale (Rome, 27-28 septembre 1933) 120
Une nouvelle revue médico-littéraire : Hippocrate 120

INFORMATIONS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (XXXVIIe session, Rabat, 7-13 avril 1933) VIII

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE TARTAKOWSKY, Dir. Général OUVERT TOUTE L'ANNÉE

CONGRÈS des MÉDECINS ALIÉNISTES et NEUROLOGISTES

de France et des Pays de langue française

XXXVII^e Session (Rabat, 7-13 avril 1933)

VOYAGE PAR VOIE AÉRIENNE

(Compagnie Générale Aéropostale)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

VOYAGE ALLER

Départ de Paris-Orsay (par chemin de fer) à	*17 h. 18*
Arrivée à Toulouse-Gare à	*4 h. 29*

Le transport de Toulouse-Gare pour l'aérodrome de l'Aéropostale est assuré gratuitement par des voitures de la Compagnie.

Départ de Toulouse-Aérodrome à	*5 h. 30*
Barcelone	*7 h. 30*
Alicante (à cette escale un repas léger est offert gratuitement aux passagers par l' « Aéropostale »)	*10 h. 00*
Tanger	*13 h. 45*
Rabat	*15 h.*
Arrivée à Casablanca	*15 h. 30*

(*A suivre, page d'annonces X*).

ANÉMIES

Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose. Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du

TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'

HÉPATROL

Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV^e

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

VOYAGE RETOUR

Départ de Casablanca à	*5 h. 30*
Rabat	*6 h. 00*
Tanger	*7 h. 15*
Alicante	*11 h. 00*
Barcelone	*13 h. 30*
Toulouse-Aérodrome	*15 h. 30*

Transport gratuit des passagers entre l'aérodrome de l'Aéropostale et la Gare de Toulouse.

Départ de Toulouse-Gare (par chemin de fer) à	*19 h. 41*
Arrivée à Paris-Orsay à	*8 h. 45*

TARIFS SPÉCIAUX

appliqués aux Congressistes par la Compagnie Générale Aéropostale

TOULOUSE (ou MARSEILLE)-RABAT

Aller simple, utilisable *avant le 1er avril* Fr.	*947* »
Aller et retour (le billet d'aller étant utilisé avant le 1er avril) Fr.	*1.801 20*
Aller simple utilisable *après* le 1er avril Fr.	*1.216* »
Aller et retour utilisable après le 1er avril Fr.	*2.188 80*

(*A suivre, page d'annonces XIV*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

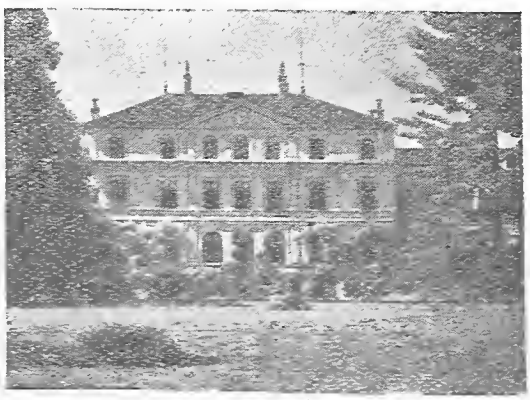
Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

TARIF DES EXCEDENTS DE BAGAGES

France-Maroc, ou vice versa (1)	20 fr. le kilo.
France-Espagne Maroc-Espagne Espagne-France Espagne-Maroc	10 fr. le kilo.
Maroc-Intervilles	5 fr. le kilo.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Billets de passage

Les prix des billets de passage ne comprennent pas l'assurance, ni, en aucun cas, les frais d'hôtel.

Les billets aller et retour sont valables pendant *un mois*.

Billets de famille

Des réductions importantes sont accordées aux familles nombreuses.

Enfants

Les enfants au-dessous de 3 ans sont transportés gratuitement : de 3 à 7 ans à demi-tarif ; au-dessus de 7 ans à plein tarif.

Bagages, Excédents

Une franchise de 15 kilogs de bagages est accordée à chaque passager.

La Compagnie assure l'acheminement, dans les délais les plus rapides, des bagages qui ne peuvent être transportés par avion.

(1) Dans le sens Maroc-France, les excédents de bagages sont taxés à raison de 10 fr. le kilo de 16 à 25 kg. Au-dessus de ce poids, tarif normal.

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✲ et G. Albouy.



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

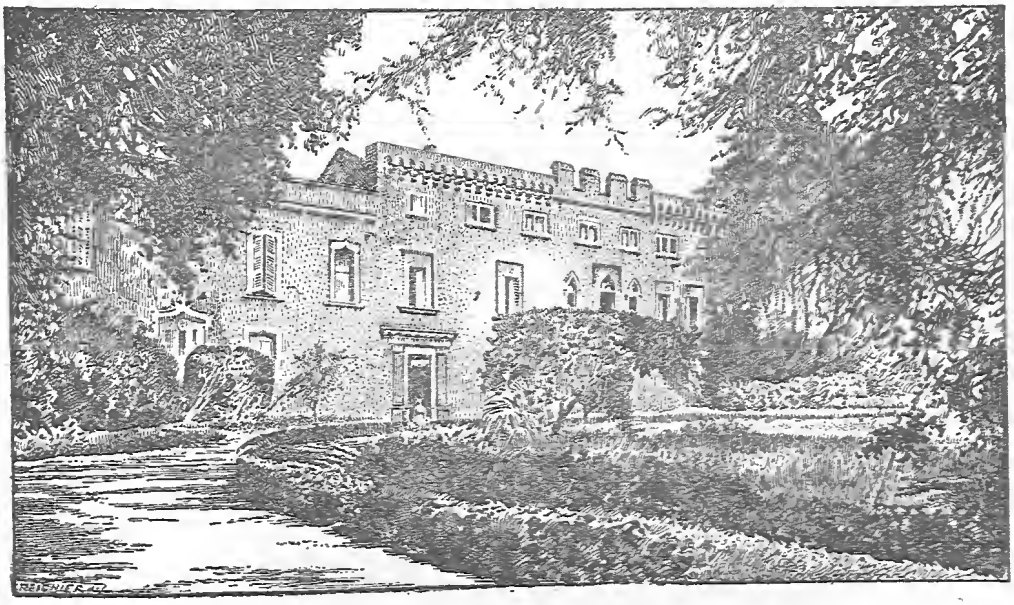
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

Gardénal

PHÉNYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A : 0gr,10, 0gr,05 ET 0gr,01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS-3ème

SOMMAIRE DU N° 2 (tome I), FÉVRIER 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

J. TINEL. — Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales. 121

H. DE JONG (d'Amsterdam). — La catatonie expérimentale comme réaction fréquente, généralement non spécifique, du système nerveux, et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine 149

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 février 1933

A. COURTOIS, Mme Y. ANDRÉ et J.-O. TRELLES. — Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée aiguë. Deux observations .. 160

B.-J. LOGRE et D. LAGACHE. — Hallucinations verbales et respiration 166

P. COURBON. — Délire d'explication prédémentiel 175

L. MARCHAND et H. COURTOIS. — Etude anatomo-clinique d'un cas d'épilepsie traumatique 179

X. ABÉLY, COULÉON et TRILLOT. — Troubles démentiels dans un cas d'hydro-syringomyélie 182

P. COURBON. — Dans quelle mesure peut-on dire que les néologismes des aliénés concernent des mécanismes et des réalités objectives, tandis que les métaphores sont tournées plus particulièrement vers la connaissance des états affectifs ? .. 189

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance du lundi 27 février 1933

Adoption du procès-verbal 193
Correspondance 193
Election d'un membre correspondant national 193
Election d'un membre associé étranger. 194
G. Demay. — Proposition d'un vœu contre la suppression de l'Asile Sainte-Anne .. 194
H. de Jong (d'Amsterdam). — La catatonie expérimentale comme réaction fréquente, généralement non spécifique, du système nerveux, et probablement spécifique dans le cas de la « catatonine » de l'urine humaine 197
H. Baruk et D. Lagache. — Catalepsie et épilepsie. Leur association dans quelques affections cérébrales (Troubles vasculaires. Hypertension intraeranienne). Quelques mécanismes physiologiques et expérimentaux 202
Th. Simon et J. Rouart. — Entrées pour paralysie générale après première hospitalisation en 1913 et 1932. Contribution à l'étude de l'influence des nouveaux traitements 208

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 février 1933

J.-A. Chavany et F. Thiébaut. — Panaris analgésiques du pied droit par syringomyélie lombosacrée unilatérale chez un enfant de 11 ans 212
J. Mollaret, V. Robin et I. Bertrand. — Maladie héréditaire du chien homologue de l'hérédoataxie cérébelleuse de Pierre Marie et de la maladie de Friedreich (Etude anatomique)... 212
Lechelle, A. Thévenard et Joseph. — Un cas d'atrophie faciale symétrique avec adipose douloureuse 212
Rademaker et Garcin. — L'exagération des réactions de soutien dans l'astasie-abasie.... 213
Garcin et Petit-Dutaillis. — Tumeur médullaire ayant simulé une sclérose latérale amyotrophique 213
Garcin et Rouquls. — Un cas de myxœdème avec syndrome Thomsénien 213
Baudouin, Petit-Dutaillis et Deparis. — La Neurotomie rétro-gassérienne par la technique de Dandy 213
André-Thomas, H. Shaeffer et I. Bertrand. — Paralysie des inférogyres, hypertonie des supérogyres et des releveurs des paupières... 213

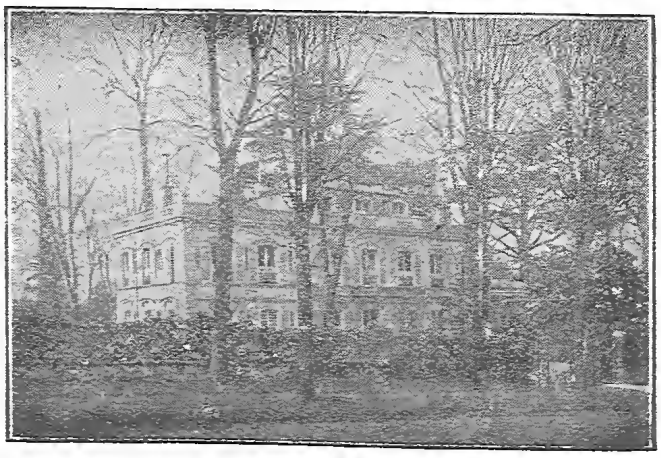
(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

G. Guillain, P. Mollaret et I. Bertrand. — Etude clinique, cinématographique et anatomo-pathologique d'un grand spasme de torsion post-encéphalitique 213
Tinel, Th. de Martel et Guillaume. — Méningiome de la région temporale 213
R. Huguenin et J.-L. Millot. — Hyperostoses craniennes symétriques, lipomatose douloureuse asymétrique, dysplasie sanguine et altérations utéro-ovariennes 214
J. Froment et R. Mayoux (de Lyon). — La déviation de l'index — dans l'épreuve de la déviation dite spontanée — dépend des réflexes statiques cérébraux du type conditionnel non moins que des réflectivités cérébelleuse et labyrinthique 214

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 février 1933

Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville. — Les champs de sensibilité des méthodes galvanométrique et acidométrique dans l'exploration de l'émotivité 214

Société française de Psychologie

Séance du 15 décembre 1932

Présentation de films psychologiques..... 215

Séance du 16 février 1933

H. Valensi. — Psychologie de la création esthétique d'après l'allégement progressif de la matière à travers l'évolution de l'art 216
Bureau de la Société française de Psychologie pour l'année 1933 217

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 décembre 1932

Carlier. — Obsession homicide..... 217
Rademakers et Cleen. — Vagabondage et aliénation mentale 218
A. Leroy. — Perversité encéphalitique..... 218

Séance du 28 janvier 1933

P. Divry. — Les paresthésies de la cérébration 218
L. Vervaeck. — La notion médico-légale du déséquilibre mental 219

Société belge de Neurologie

Séance du 28 janvier 1933

R. Flament. — Syndromes neuro-anémiques 220
E. Evrard. — Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë probable 220
Divry et Moreau. — Kyste à échinocoques du cerveau 220

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

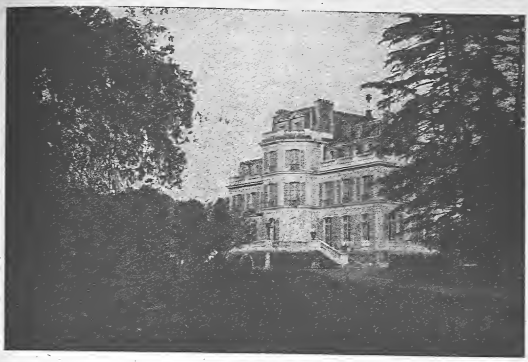
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion annuelle, 18 décembre 1932

P. Martin. — Présentation d'un malade ... 221
Van Iterson. — Les réflexes psycho-galvaniques et le sens olfactif 221
Nyssen. — Les réflexes olfactifs et leur valeur sémiologique 222
J. Helsmoortel jr., R. Nyssen et Thienpont. — Les troubles olfactifs dans les traumatismes cranio-cérébraux 222
Barré. — Les troubles olfactifs dans les différentes affections neurologiques 222
Collet. — Anosmies d'origine nasale, traumatique et nerveuse 223
Heyninckx. — La physiologie de l'olfaction. 223
R. Nyssen, J. Helsmoortel jr et Thienpont. — L'anosmie familiale 223

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychologie.

G. Dumas. — Nouveau Traité de Psychologie (Tome 2). Les fondements de la vie mentale. 224
H. Piéron. — L'année psychologique (32e année, 1931) 226
P. et C. Bouts. — La psychognomie. Lecture méthodique et pratique du caractère et des aptitudes 226

Psychiatrie.

J. Rivière. — Avec les fous. Angoisses ... 227
Ach. Delmas. — Psychologie pathologique du suicide 228
J. Lacan. — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité 230
L. Corman. — La constitution physique des paralytiques généraux, contenant un essai sur les tempéraments 232
A. Deschamps et J. Vinchon. — Les maladies de l'énergie. Les asthénies et la neurasthénie. 233

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — *Suggestion.* — *Rééducation.* — *Physiothérapie*

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

L. Neuberger. Comment diagnostiquer, comment traiter les maladies mentales 233

Neurologie.

J. Ley. — Recherches expérimentales sur la circulation cérébrale et ses troubles 233
N. Kyriaco. — Contribution à l'étude des syndromes infundibulo-tubériens. La syphilis infundibulaire 234
Fr. Gontier. — La céphalée dans le syndrome de l'apex orbitaire 235

Anatomie.

J. Delmas et G. Laux. — Anatomie Médico-Chirurgicale du système nerveux végétatif .. 236
A. Guieysse-Pellissier. — L'état réactionnel. Evolution du tissu lymphoïde en réaction .. 236

Biologie.

J. Pereyra-Kafer. — Etude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux malarisés 237
P. Laurie. — Etude de la composition en lipides de cervcaux d'aliénés 237

Hygiène et prophylaxie.

J.-A. Chavant. — Hygiène du nerveux 238
L. Darwin. — Qu'est-ce que l'eugénique .. 238
L'alcool et l'homme (Ederson, éditeur New-York) 239
G. Kraus. — L'aliénation mentale aux Pays-Bas. Etude de psychiatrie sociale 240

Thérapeutique.

P. Mollaret. — Le traitement actuel de la paralysie générale 241
C. Desodt. — Les barbituriques. Leur toxicologie 241
J. Rousson. — L'Acétylcholine en ophtalmologie 242
Rapports et Communications sur l'Electropyrexie 242
A. Desgrez et Rathery. — Formulaire Bouchardat 243

Médecine légale.

N. Rojas. — Psychiatrie médico-légale 243
J. Godoy. — Psychopathologie médico-légale. 244
L. Richard. — Le criminel occasionnel. Etude anthropologique. Conséquences sociales . 244

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

Prados y Such et A. Linarès Maza. — Contribution à l'étude des états paranoïdes 245
G.-H. Stevenson et S.-R. Montgomery. — Réactions paranoïdes survenant chez les femmes d'âge moyen 245
I.-L. Polozker. — Observation d'un malade qui se considère lui-même comme un hermaphrodite 245

(Suite du sommaire page X).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

M.-C. Roncati. — Schizophrénie et démence précoce (janvier 1932) 246
C. Roncati. — *Id.* (mai-juin 1932) 246
H. de Jong. — La catatonie expérimentale, forme de réaction fréquente du système nerveux central 247
F. d'Hollander et Ch. Rouvroy. — Recherches expérimentales sur la démence précoce. Inoculation au cobaye et au pigeon 247
Statistique des maladies mentales en Italie . 248
A.-L. Epstein. — Etudes somatologiques en Psychiatrie 248

Psychologie.

P. Janet. — Les croyances et les hallucinations 248
G. Dumas. — Les mimiques 249
G. Dumas. — La mimique des aveugles 251
L.-S. London. — La signification du rêve . 251
R. Benichou. — Contribution à l'étude des hypermnésies et des associations médiates . 252
G.-H. Luquet. — La magie dans l'art paléolithique 252
W.-S. Hunter. — L'analyse du géotropisme chez le rat blanc 252
Guillaume et Meyerson. — L'instrument chez les singes 253
J.-R. Beltran. — Les synesthésies 253

Neurologie.

O. Balduzzi. — Contribution à l'étude des réflexes toniques de posture 254
W.-G. Scott Brown. — Trois cas mortels de poliomyélite à type bulbaire 254
G.-R. Lafora et M. Bustamante. — Myélite funiculaire de Lichtheim consécutive à l'anémie pernicieuse. Guérison par le traitement hépatique 255
D. Paulian. — Sur un cas de sclérose en plaques à évolution rapide 255
K. Löwenberg et M. Fulstow. — Sclérose atypique diffuse 255
E.-Q. King. — Sclérose multiple associée à un diabète insipide amélioré par la ponction lombaire 255
R.-H. Ramirez et A.-J. Scopinaro. — Sclérose latérale amyotrophique à début pseudopolynévritique 256
J.-Ed. Samson. — Quelques troubles atribuables au spina bifida occulta 256
J. Chalier et A. Guichard. — De l'association du pneumocoque et du méningocoque dans les méningites cérébro-spinales 256
H. Roger et Y. Poursines. — Les formes lentes de l'infection méningococcique 256
K. Henner. — Arachnoïdite spinale chronique essentielle 257
Claude, Velter et Th. de Martel. — Méningite séreuse à localisations multiples 257
H. Jessen. — Contribution au diagnostic des compressions médullaires 257
O. Foerster et Gagel. — La cordotomie antérolatérale chez l'homme 257

(*Suite du sommaire page XII*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

Anatomie.

F. d'Hollander et Ch. Rouvroy. — Les lésions cérébrales dans la démence précoce. Nouveaux cas 258
Ferrer y Cagigal et Diego-Ferrer. — Histopathologie de la démence sénile 258
F. Morel et J. Weisspeiler. — La commissure grise. Etude anatomo-clinique 259
G. Pintus. — Connexions blanches de l'Antimur humain 259
H.-J. Scherer. — Contribution à l'anatomie pathologique du cervelet. II. Les maladies de la substance blanche du cervelet et de ses noyaux, particulièrement du noyau dentelé 260

Biologie.

V. Hahnemann. — Recherches sur la teneur du liquide rachidien en cellules et en albumine chez les patients atteints de schizophrénie 260
U. de Giacomo. — Les recherches sur le liquide céphalo-rachidien des déments précoces durant les trois dernières années 260
C. Roncati. — Recherches bio-chimiques sur le liquide céphalo-rachidien des déments précoces avant et après la malariathérapie..... 261
J. Dretler. — L'influence de la malariathérapie sur la perméabilité méningée au cours de la paralysie générale 261

VARIÉTÉS

Société médico-psychologique :
Date des séances 262
Nécrologie 262
Asiles publics d'aliénés :
Nominations 262
Postes vacants 263
Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés 263
Société médicale des Asiles de la Seine .. 263
Concours pour 12 postes de médecin des Asiles publics d'aliénés 263

Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française. *XXXVII^e session (Rabat, 7-13 avril 1933).*
Inscriptions à l'ordre du jour des séances 263
Nouvelle réduction des frais de voyage accordée aux Congressistes..... 264
Visite de Tanger 264
XVIII^e Congrès de médecine légale de langue française *(Paris, 22, 23, et 24 mai 1933).*
Composition du Bureau 264
Questions à l'ordre du jour 264

INFORMATIONS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (XXXVII^e session, Rabat, 7-13 avril 1933). xiv

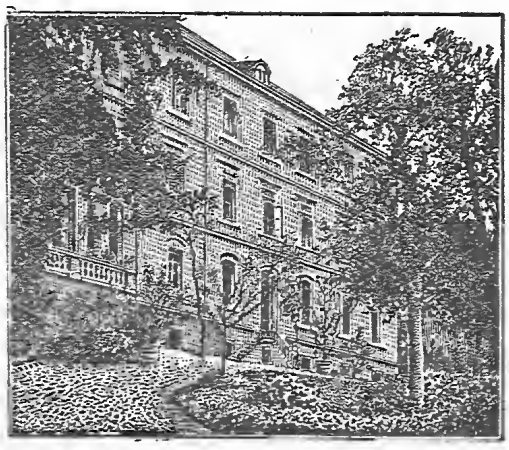
VII^e Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie (Limoges, 2, 3, 4 juin 1933) xxviii

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

CONGRÈS des MÉDECINS ALIÉNISTES et NEUROLOGISTES

de France et des Pays de langue française

XXXVII^e Session. — Rabat (7-13 avril 1933)

Sous le Haut Patronage de M. LUCIEN SAINT, Sénateur, Ministre plénipotentiaire Commissaire Résident Général de la République Française au Maroc

BUREAU DE LA 37^e SESSION

Président : M. le Professeur Georges GUILLAIN, de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Vice-président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général : M. le Docteur René CHARPENTIER, Médecin des Asiles publics d'aliénés, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire annuel : M. le Docteur DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Médecin-Directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc).

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, à Paris (XIV^e).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS

VENDREDI 7 AVRIL

14 h. 30. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le RÉSIDENT GÉNÉRAL. (Direction de la Santé et de l'Hygiène Publiques, avenue des Touargas).

17 heures. — *Réception des Congressistes* par la Ville de Rabat.

SAMEDI 8 AVRIL

9 h. 15. — 1^er RAPPORT. — PSYCHIATRIE :

Les Encéphalites psychosiques. — Rapporteur : M. le Docteur L. MARCHAND, Médecin-Chef à l'Asile Clinique Sainte-Anne (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

14 h. 15. — *Séance de Communications* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la ville de Rabat* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

Réception à la Résidence Générale.

DIMANCHE 9 AVRIL

EXCURSION A BER RÉCHID :

8 h. 30. — Départ par train spécial de la gare de Rabat.

10 h. 40. — Arrivée à Ber Réchid. Visite de l'Hôpital Neuropsychiatrique.

11 h. 30. — *Réception* par M. le Contrôleur Civil de la Circonscription de Chaouïa Centre.

12 h. 30. — *Repas indigène.*

16 h. 30. — Départ de Ber Réchid par train spécial.

18 h. 48. — Arrivée à Rabat

(Prix du transport : 55 francs).

LUNDI 10 AVRIL

9 h. 15. — 2^e RAPPORT. — NEUROLOGIE :

Les Ataxies. — Rapporteur : M. le Docteur Raymond GARCIN, Médecin des Hôpitaux de Paris (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

14 h. 15. — *Séance de Communications* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la Medersa et du Musée des Oudaïas* (Départ des cars de l'Hôtel Balima, avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

MARDI 11 AVRIL

9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE des membres titulaires du Congrès. (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

N. B. — L'Assemblée générale des membres titulaires de l'Association sera immédiatement suivie de l'Assemblée générale des médecins des Etablissements publics d'aliénés de France.

14 h. 15. — *Séance de Communications.* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).

16 h. 45. — *Visite de la Tour Hassan et de la Ville de Salé.* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).

21 heures. — *Réception indigène.*

(*A suivre, page d'annonces XVIII*).

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

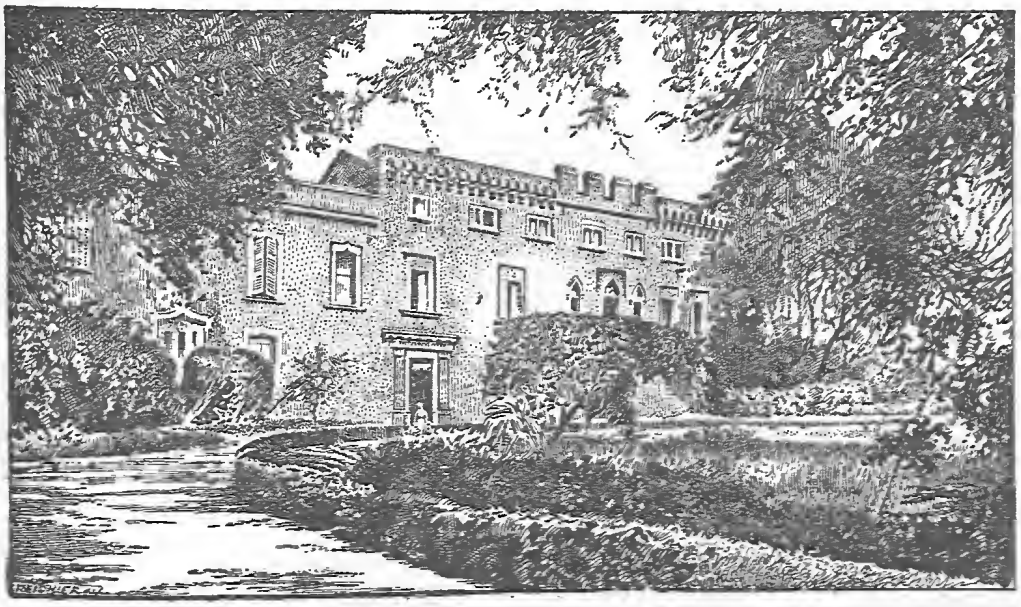
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

BUTYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

SONÉRYL

HYPNOTIQUE DOUX ANTALGIQUE

PARTICULIÈREMENT EFFICACE
DANS L'INSOMNIE
CAUSÉE PAR LA DOULEUR

PAR VOIE BUCCALE
COMPRIMÉS A 0gr10, TUBES DE 20

PAR VOIE HYPODERMIQUE
SOLUTION A 10 %
BOITES DE 10 AMP. DE 2 C.C.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC Frres & USINES DU RHÔNE-86, RUE VIEILLE DU TEMPLE-PARIS



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

réglable à volonté

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

MERCREDI 12 AVRIL

9 h. 15. — 3e Rapport. — Médecine légale :
Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques. — Rapporteur : M. le Docteur Paul Abély, Médecin-Chef du Service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine). (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay).
14 h. 15. — *Séance de Communications.* (Institut d'Hygiène, Avenue Biarnay). Clôture du Congrès.
16 h. 45. — *Visite de Chella.* (Départ des cars de l'Hôtel Balima avec arrêt à l'Institut d'Hygiène).
21 heures. — *Soirée* offerte par le Président et les membres du Congrès dans les Salons de l'Hôtel Balima, Avenue Dar-el-Maghzen. (Tenue de soirée. La carte d'invitation sera demandée à l'entrée).

Pour les promenades du 8 avril (visite de la ville de Rabat), du 10 avril (visite de la Medersa et du Musée des Oudaïas), du 11 avril (visite de la Tour Hassan et de la ville de Salé), et du 12 avril (visite de Chella), s'inscrire auprès de l'Agence Exprinter. Le prix total du transport en car pour les 4 promenades est de 15 francs par personne.

JEUDI 13 AVRIL

Visite de Casablanca :
9 h. 28. — Départ par train spécial de la gare de Rabat.
10 h. 58. — Arrivée à Casablanca. A l'arrivée, autocar de la gare au siège de la Région Civile. (Prix du transport, train et autocar : 20 francs).
11 h. 30. — *Réception* par M. le Chef de la Région Civile de la Chaouïa. (Région Civile, boulevard Gouraud).
12 h. 30. — *Déjeuner* offert aux Congressistes par l'Hôpital Neuro-psychiatrique de Ber-Rechid. (Restaurant du Roi de la Bière, boulevard du 4e Zouaves).
15 heures. — Visite de la Ville de Casablanca et du Pavillon de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Civil. (Départ en autocar du Restaurant du Roi de la Bière).
16 h. 45. — Arrêt à l'Hôpital civil.
17 h. 30. — Retour à la Place de France. (Prix du transport par autocar, pendant l'après-midi : 20 fr. S'inscrire à l'Agence Exprinter).

(*A suivre, page d'annonces XX*).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A, B, et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

VOYAGE

PASSEPORT

Il est **indispensable** d'être muni d'un passeport pour se rendre au Maroc.

A. RÉDUCTIONS ACCORDÉES AUX CONGRESSISTES

I. Chemin de fer

1° En France

Réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français

Les *Grands Réseaux de Chemins de fer français,* tenant compte du caractère du Congrès, ont bien voulu accorder exceptionnellement, sous forme de bons individuels, une *réduction de 50 0/0* à l'aller et au retour (passible de l'impôt spécial de 15 0/0) aux congressistes français et étrangers régulièrement inscrits partant de France ou la traversant, et ayant à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Les Congressistes porteurs de ces bons de réduction sont d'autre part autorisés à utiliser les trains dans les conditions prévues pour les voyageurs porteurs des billets à plein tarif.

Validité des bons. — Les bons de réduction seront valables du *31 mars 1933 au 5 mai 1933.*

2° En Espagne

Réduction de 35 0/0 sur les Chemins de fer espagnols

Les congressistes traversant l'Espagne pourront bénéficier exceptionnellement des billets spéciaux G. V. N. 108, leur donnant une réduction de 35 0/0 sur le billet, trajet direct, de leur point frontière d'entrée en Espagne à Algeciras. Les porteurs de ces billets auront accès à tous les trains ; le nombre de places dans chaque train est toutefois strictement limité. Il y a donc intérêt à établir son itinéraire le plus tôt possible, en accord avec l'Agence Exprinter.

D'autre part, nous signalons qu'il existe en Espagne :

a) des billets semi-circulaires à prix réduits, qui permettront aux congressistes de visiter complètement l'Espagne.

b) des billets kilométriques. Ces billets valables dans tous les trains peuvent être utilisés par plusieurs personnes de la même famille voyageant ensemble ou isolément. Le minimum de kilomètres à parcourir pour une seule personne est de 3.000 km.

(*A suivre, page d'annonces XXII*).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

LE CASTEL D'ANDORTE

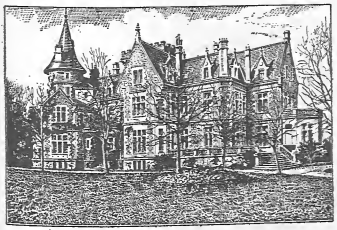
342, Route du Médoc
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

3° Au Maroc

Réduction de 50 0/0 sur les Chemins de fer du Maroc

La Compagnie des Chemins de fer du Maroc a bien voulu accorder exceptionnellement aux congressistes une réduction de 50 0/0, sur simple présentation de la carte de congressiste, sur les réseaux à voie normale du Maroc (C. F. M. et T. F.). A titre exceptionnel, un tarif spécial sera, de plus, accordé aux congressistes excursionnant au Maroc par groupe dc 10 personnes au moins.

2. Compagnies de navigation

A. *Réduction de 30 0/0 (passage simple) et de 35 0/0 (passage aller et retour)*

1° Compagnie générale transatlantique

(Service de Bordeaux à Casablanca)

Aller : Départ de Bordeaux le 4 avril. — Arrivée à Casablanca le 7 avril. Cet horaire permet d'arriver à Rabat pour la séance d'ouverture.
Retour : Départ de Casablanca le 18 avril. — Arrivée à Bordeaux le 21 avril.

2° Compagnie paquet

(Service de Marseille à Tanger et Casablanca)

Aller : Départ de Marseille le 1er avril, escale à Tanger le 3. — Arrivée à Casablanca le 4 avril.
Retour : Départ de Casablanca le 15 avril, escale à Tanger le 16. — Arrivée à Marseille le 18 avril.

B. Compagnie de Navigation Mixte (Cie Touache)

Réduction de 20 0/0 sur le montant des frais de traversée aller-retour, la validité du retour étant d'un mois.

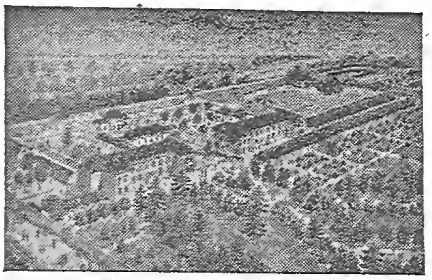
C. *Réduction sur le trajet Algeciras-Tanger*

Transmediterranea

(Service Algeciras-Tanger)

Il est accordé une réduction de 20 0/0 sur les billets simples.
Départ tous les jours d'Algeciras à 14 heures et de Tanger à 8 heures 30. — Durée de la traversée : 3 heures.

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'nn parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

ANORMAUX

ARRIÉRÉS ET RETARDÉS PSYCHIQUES
INSTABLES — NERVEUX — ÉPILEPTIQUES

VILLA MARANCY

***Avenue des Lilas, PAU* (B.-P.)**

Cet établissement est situé à 2 km. de PAU, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc. Chauffage central. Electricité. Hydrothérapie. Confort moderne

RÉÉDUCATION

par nouvelles méthodes d'observation permettant de suivre de près le développement psychique et la résistance des enfants. Nombre limité de pensionnaires enfants et adultes masculins.

PENSION DE 30 A 60 Fr. PAR JOUR

ARRANGEMENTS POUR RÉGIMES

DIRECTEUR : **E. COCONAS,** professeur spécialiste

SERVICE MÉDICAL : **Dr MONESTIER,** médecin honoraire des Asiles

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

BLAND LINE
(Service Gibraltar-Tanger)

Il est accordé une réduction de 8 shellings par passage en 1re classe. Départs quotidiens. — Durée de la traversée : 3 heures.

3. Compagnie de navigation aérienne

COMPAGNIE AÉRO-POSTALE
(Service de Toulouse-Rabat-Casablanca)

Il est accordé aux congressistes une réduction de 20 0/0 sur le trajet Toulouse-Marseille-Rabat et sur le trajet Rabat-Casablanca. Pour tous renseignements voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1933, page VIII.

Le nombre de places étant limité, il est indispensable de s'inscrire assez longtemps d'avance.

4. Services automobiles

De nombreux services automobiles relient les points principaux du Maroc. — Certains sont cependant à éviter en raison des transports mixtes qu'ils assurent.

Avis important

Toutes les demandes de billets de réduction, concernant les Compagnies de Chemins de fer, les Compagnies de Navigation maritimes et aériennes, ainsi que les inscriptions aux diverses excursions, devront être adressées à l'Agence Exprinter, *26, avenue de l'Opéra à Paris, avant le 15 février 1933, dernier délai.*

Séjour à Rabat pendant la session

L'Agence Exprinter a établi pour le séjour à Rabat-Casablanca pendant la session *un prix forfaitaire :* du 7 avril au matin au 13 avril au matin : *par personne, 480 francs.*

Ce prix comprend : la chambre à Rabat avec douche ou bain privé, dans un hôtel de premier ordre, les repas (3 repas chaque jour sans boisson), service, pourboires.

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

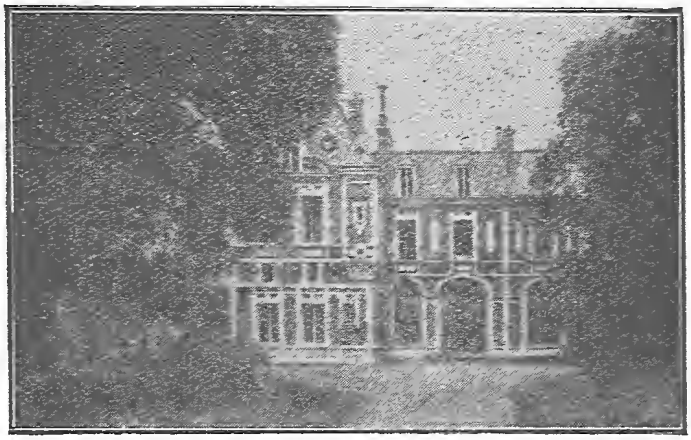
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1933 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité (1).

La cotisation des *membres adhérents* à la 37e session a été fixée à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Envoyer le montant des cotisations *en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal,* avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, *trésorier,* 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.

(1) Adresser les candidatures au Docteur René CHARPENTIER, Secrétaire général, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jendis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie

Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

NEURINASE

amorce le sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

Echons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

VII[e] CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Le *VII[e] Congrès* se tiendra à *Limoges*, à l'époque de la Pentecôte, les *2, 3 et 4 juin 1933*, sous la *présidence* de M. le professeur DUVERGER, MM. DUTHEILLET de LAMOTHE et de LÉOBARDY étant *vice-présidents*, et M. VALIÈRE-VIALEIX *secrétaire*.

L'ordre du jour comporte l'exposé et la discussion d'un rapport sur les *zonas céphaliques*, par MM. REBATTU, DECHAUME et BONNET (de Lyon). Une *excursion* est prévue pour le dimanche 4.

Le programme détaillé sera publié en avril. Pour tous renseignements, s'adresser au *Secrétaire général* du Congrès : D[r] Auguste TOURNAY, 81, rue Saint-Lazare, Paris (9[e]).

" LA MÉTAIRIE "
près NYON

Adresse : " La Métairie ", Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 20 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin en chef : D[r] M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.

SOMMAIRE DU N° 3 (tome I), MARS 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

A. Repond (de Malévoz-Monthey, Suisse). — Le traitement psychothérapique des maladies mentales..... 265
R. Mignot. — La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique. 300
R. Dupouy. — Etude sur les évasions d'aliénés..... 304

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Règlement 327

Séance du jeudi 9 mars 1933

Laignel-Lavastine et Laplane. — Port illégal d'uniforme militaire par un débile 335
R. Leroy et P. Rubenovitch. — Syndrome catatonique accompagné de contractures bilatérales au niveau des membres supérieurs. Traitement orthopédique ; amélioration 337
A. Courtois, J.-O. Trelles, H. Lagarde et M. Altman. — Syndrome frontal par extension cérébrale d'un épithélioma nasal 344
J. Capgras, E. Joaki et R. Thuillier. — Erotomanie et délire d'interprétation.. 349
L. Marchand. — Présentation de paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol 357

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance du lundi 27 mars 1933

Adoption du procès-verbal 363
Correspondance 363
Commission du Prix Belhomme 363
Approbation du règlement de la Société 364
A.-P.-L. Beley. — Constance de la notion de constitution et du syndrome « instabilité » chez l'enfant et l'adolescent psychiquement anormaux 364
G. Petit. — Excitation maniaque et paranoïa : I. Paranoïa et cyclothymie. La phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques. Importance sociale et médico-légale 369
G. Petit. — Excitation maniaque et paranoïa : II. Dissimulation utilitaire de l'excitation psychique et réduction volontaire de l'agitation dans la manie. Importance sociale et médico-légale 369
B. Conos. — Un cas de mythomanie roman 372

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 2 mars 1933

J. Dereux. — Catalepsie et narcolepsie. Apparition et disparition d'une affection médullaire pendant l'évolution du syndrome..... 373
Th. Alajouanine, R. Thurel et G. Boudin. — Lésion évolutive de la moelle cervicale ayant débuté par une paralysie obstétricale du membre supérieur 373
Th. de Martel et Guillaume. — A propos de deux cas de méningiome de la région pariéto-temporale 374
J.-A. Barré et L. Van Bogaert. — Contribution à la dissociation anatomique et clinique des leuco-encéphalites subaiguës. Le type concentrique de Balo 374
O. Crouzon, J. Christophe et M. Gaucher. — Epilepsie et nœvus cutané de la face. Aspect radiographique d'angiome cérébral 375
Th. Alajouanine, R. Thurel et G. Boudin. — Algies symptomatiques de lésions du trijumeau d'origine syphilitique, avec réactions biologiques négatives dans le liquide céphalo-rachidien 375
Nayrac. — Exophtalmie par propagation intra-orbitaire de tumeurs intra-craniennes..... 376

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 16 mars 1933

GIESE (de Stuttgart). — Théorie du « champ » en psychologie 376

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 février 1933

VAN LOOY. — Un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone suivi de troubles mentaux... 377
VERMEYLEN et HEERNU. — Le repérage ventriculaire en psychiatrie 378
HOVEN. — Présentation d'une pièce anatomique 378
H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — A propos de deux cas de tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants 378

Société belge de Neurologie

Séance du 25 février 1933

L. VAN BOGAERT et R. NYSSEN. — La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée. 379
J. DAGNELIE. — Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux 380
J. DE BUSSCHER. — Syndrome neuro-anémique 380
CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU. — Plasmocytome du sphénoïde. Contribution à l'étude neurologique du myélome malin 380
L. VAN BOGAERT, DELHAYE et DELBEKE. — Les myélites funiculaires en dehors de l'anémie pernicieuse 380

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

TH. SIMON. — Méthode rapide de dépistage des arriérés intellectuels 381
K. SCHNEIDER. — La délimitation et la rareté de la maladie dite psychose maniaque-dépressive 382
P.-R. VESSIE. — Le facteur individuel dans les réactions maniaques 382
BORNSZTAJN. — Les états maniaques chroniques de l'âge avancé..... 383
GALATSCHIAN. — A propos des états terminaux

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : **Gob. 01.67**

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

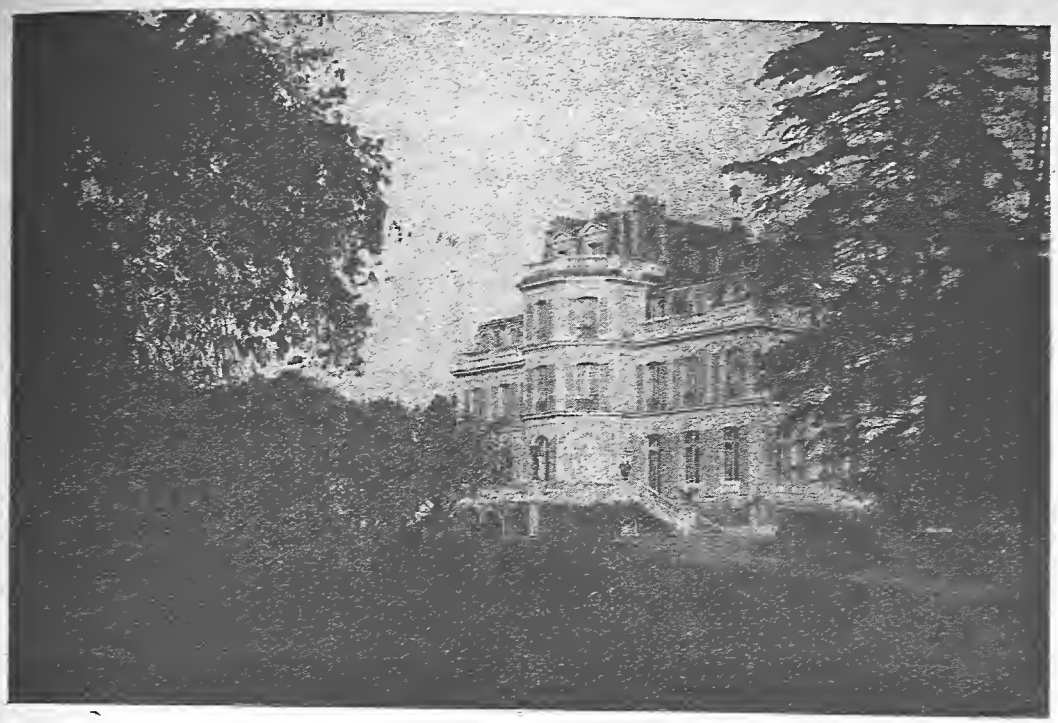
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : **Docteur A. DELMAS**

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : **Docteur P. DELMAS**



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44**.

défavorables dans la psychose maniaque dépressive 383
K. Schneider. — Les états de dépression... 383
R. de Santis. — Episodes d'angoisse lypémaniaque et impulsive chez des cardiopathes... 384
Albert-Crémieux. — Le syndrome « Neurasthénie » 384
J. Borowiecki. — Les rapports de l'individu avec l'entourage dans les névroses 384
J. Galtier. — Tuberculose et système nerveux 385
A. Fresa. — Les crises épileptiques en rapport avec les phénomènes cosmiques 385
H. Claude. — Sur quelques formes de délire épileptique 385
A. Virchubski. — Complexe neuro-psychique consécutif à l'asphyxie par l'oxyde de carbone 386
Laubenthal. — Troubles mentaux après intoxication par l'oxyde de carbone. (Contribution à l'étude des types réactionnels organiques et des états korsakowoïdes) 386
F.-T. Thorpe. — Maladies de Pick (atrophie sénile circonscrite) et d'Alzheimer 386
J. Ley et J. Titeca. — Maladie d'Alzheimer. 386
B. Bornstein. — Etude sur la paralysie générale chez les juifs 386
M. Lemos. — Paralysie générale à son début et psychose intermittente à forme circulaire 387
G. Vermeylen. — Délire systématisé au cours d'une rémission prolongée chez une ancienne paralytique générale malarisée 387
L. Ciampi. — Contribution clinique à l'étude de la paralysie générale infantilo-juvénile... 387
E. Bornstein. — Du syndrome catatonique au cours de la paralysie générale..... 388
W. Nowicki. — Paralysie générale et syphilis des organes 388
T. Sjogren. — Etude clinique et hérodologique sur les cas d'oligophrénie rencontrés dans une population paysanne du nord de la Suède .. 389
F. Weil. — Une conversion comme contenu d'une psychose carcérale chez un criminel oligophrène 389

Psychologie.

Claparède. — La psychologie fonctionnelle 389
Fr. Paulhan. — L'homme et sa condition 390
K. Frankhauser. — Vitalisme, Muémisme, Energismc 390

Psychanalyse.

F. Gorriti. — Contribution à la psychopathologie de la vie quotidienne 391
Mlle C. Pascal. — Le dynamisme de la démence précoce ; à quoi rêvent les déments précoces ?

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



Traitement des affections organiques et fonctionnelles du système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition.

REPOS - CONVALESCENCE
RÉGIMES
RAYONS U. V. - DIATHERMIES

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
5 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Ascenseur - Galeries ensoleillées - Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE TARTAKOWSKY, Dir. Général OUVERT TOUTE L'ANNÉE

La psychanalyse pharmacodynamique permet d'explorer leur psychisme 391
C.-J. Beauvois. — Psychanalyse d'Emily Brontë 392
A. Wirszubski. — Analyse critique de la théoric de Freud 392

Neurologie.

Francesco Leone. — Contribution clinique à la connaissance de la Kinésie paradoxale .. 392
J.-D. Seron. — Les névralgies cranio-faciales d'origine nasale et pharyngée 393
La Salle, Archambault et N.-K. Fromm. — Hémiatrophie faciale progressive. Observation de 3 cas 393
André-Thomas. — Paralysie diphtérique avec myoclonies 393
L. Van Itallie. — Paralysie causée par l'éther tri-ortho-crésylphosphorique 394

Anatomie.

F.-J. Farnell et J.-H. Globus. — Encéphalopathie chronique progressive vasculaire sous-corticale 394
Biondi. — Un cas de parkinsonisme juvénile avec encéphalite à base anatomiquc proprc. (Dégénération colloïde des cellules ganglionnaires) 394
A. Schluter et H.-E. Never. — La question de l'œdème cérébral. (Considérations physiques et histologiques) 395
Hechst. — Les lésions cérébrales des états urémiques 395
A. Ferraro et R. Hernandez. — Empoisonnement par le plomb. Etude histopathologique du système nerveux du chat et du singe dans les états aigus et subaigus 395
W. Penfield. — Les nerfs vasculaires intracérébraux 395
G. Jayle et J. Cabanac. — Le territoire du pneumogastrique dans l'innervation du tube digestif 396
J.-B. Priestley. — Caractéristiques histopathologiques des nerfs périphériques chez les patients amputés pour artériosclérose..... 396
Noel et Pommé. — La zone de jonction myoneurale à l'état normal et dans quelques cas pathologiques 396

Biologie.

A. Meyer. — Etudes toxicologiques expérimentales 396
Pichini. — Poisons autochtones de nature lysocithinique dans le cerveau 397

(*Suite du sommaire page X*).

ANÉMIES
Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose, Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du
TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'
HÉPATROL
Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV^e

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL**, Privat Docent à l'Université de Genève

F. Mercier et A. Krijanovsky. — Action spasmodique expérimentale de la spartéine : influence du valérianate de spartéine sur les convulsions caféiniques 397

A. Ferraro et S.-E. Barrera. — L'action de la bulbocapnine sur les animaux et les diverses lésions expérimentales du système nerveux 397

W.-M. Ford-Robertson. — La pathogenèse des infections microbiennes anaérobies dans les formes légères et graves des psychoses avec recherches expérimentales 397

L. Batoni. — Sur la possibilité de produire et d'étudier dans le domaine psychique les manifestations de l'énergie radiante. Son utilité au point de vue diagnostique et thérapeutique 398

D. Morat. — Utilité du métabolisme basal pour le diagnostic et le traitement de certaines psychoses atypiques 398

P. Amodeo. — La recherche du métabolisme basal dans les maladies mentales selon l'épreuve de l'apnée volontaire proposée par Laignel-Lavastine 398

P. Delmas-Marsalet. — Maladies osseuses et troubles du métabolisme calcique ; à propos de la guérison de deux cas de maladie de Paget et de Recklinghausen 399

S. Quadri. — Recherches sur le calcium du sang et sur l'excitabilité neuro-musculaire dans les formes post-encéphalitiques 399

Madeleine-R. Lockwood. — Etude parallèle du réflexe psycho-galvanique et de l'index hyperglycémique dans les psychoses 400

K.-E. Appel et H.-D. Palmer. — L'éphédrine dans la circulation et les réactions glycémiques au cours des psychoses 400

D. Schriver et S. Schriver-Hertzberger. — Des albumines du sang chez les schizophrènes à forme cyclique 400

A. Puca et V. Fragola. — Les variations du pH sanguin chez les déments précoces et les épileptiques sous l'action de substances pharmacodynamiques 400

A. Puca et R. Cerra. — Les variations de l'équilibre électrolytique du sang des déments précoces et des épileptiques sous l'action des substances pharmacodynamiques 401

M.-B. Hodskins, R.-H. Guthrie et J.-Z. Naurison. — Etudes sur la masse sanguine chez les épileptiques 401

K.-O. Newmann. — Considérations expérimentales sur les liquides céphalo-rachidien normal et pathologique 401

E. Forster. — Sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses organiques 402

F. Rawak. — La valeur de la xanthochromie du

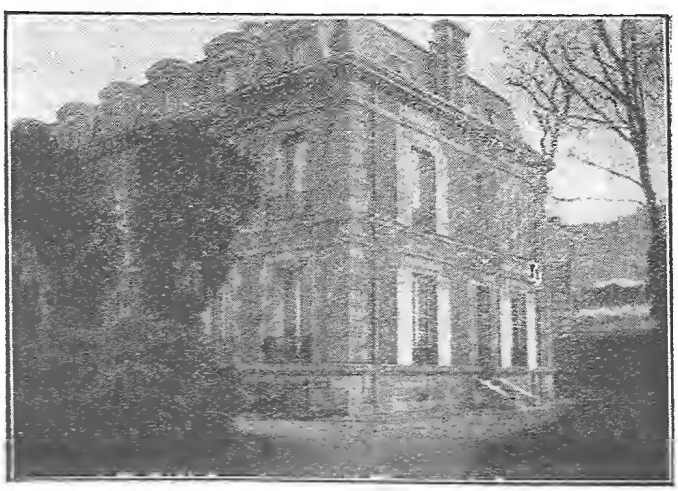
(Suite du sommaire page XIV).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants amèliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12



VILLA LUNIER
à BLOIS
consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

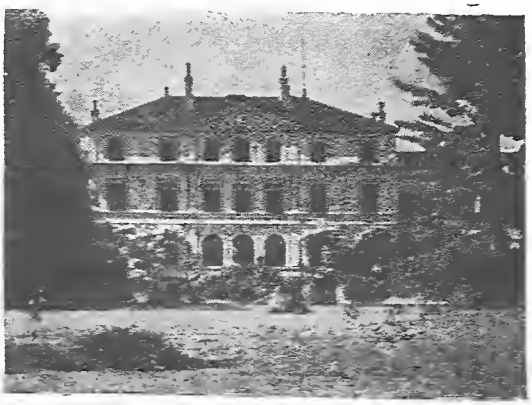
Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER
près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupa ion rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic différentiel des maladies cérébrales 402
HOMBRIA. — Les réactions de floculation du liquide céphalo-rachidien 402
J.-M. OBARRIO et C. RECHNIEWSKI. — Les réactions des globulines dans le liquide céphalo-rachidien 402

Hygiène et prophylaxie.

SIEUR. — Rapport sur les débits de boissons alcooliques 403
W. ODYNIEC. — Le suicide parmi la jeunesse scolaire 403

Assistance.

C. FERRIO. — A propos des règlements qui régissent le mouvement des aliénés dans les établissements psychiatriques 404
C. FERRIO. — Commentaire critique à propos de la loi sur le régime des aliénés en Belgique, spécialement à propos des criminels et des toxicomanes 405

Thérapeutique.

L.-E. BALADO. — Thérapeutique par choc dans les maladies mentales 405

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 406
Asiles publics d'aliénés :
Concours pour 12 postes de médecin des Asiles publics d'aliénés 406
Asile clinique (Sainte-Anne). Clinique psychiatrique de la Faculté 406
Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie).. 407
XVIIIe Congrès de médecine légale de langue française (Paris, 22-23-24 mai 1933) 407

INFORMATIONS

IIIe Congrès international de droit pénal (Palerme, 3-8 avril 1933-XI) XXIV

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

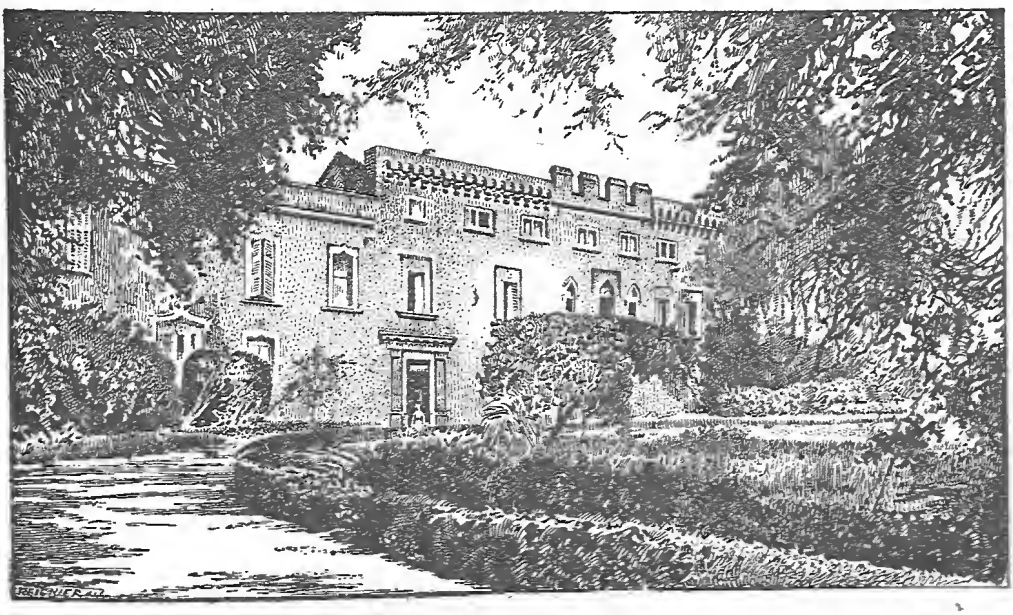
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0^{GR},10, 0^{GR},05 ET 0^{GR},01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3ÈME

SOMMAIRE DU N° 4 (tome I), AVRIL 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

Cl. Vurpas et L. Corman. — Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels.. 409
C.-I. Urechia. — Les psychoses grippales..... 455
Ed. Toulouse. — L'Hôpital psychiatrique ouvert et le Centre de prophylaxie mentale de la Seine..... 472

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 24 avril 1933

Adoption du procès-verbal 498
Correspondance 498
M. Schachter. — Maladie nerveuse organique et création littéraire 499

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 30 mars 1933

Babonneix, Maurice-Lévy et Mlle Wilm. — Athétose double avec hématémèse répétées .. 502
Lhermitte et J.-O. Trelles. — L'hypertrophie des cellules olivaires dans la soi-disant pseudo-hypertrophie des olives bulbaires. 502
Lhermitte, Mlle G. Lévy et M. Trelles. — Un cas de nystagmus du voile avec myoclonies synchrones. Examen anatomo-pathologique 503

(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

ALAJOUANINE et R. THUREL. — Paralysies périphériques au cours d'un purpura hémorragique 503
ALAJOUANINE, R. THUREL et G. MAURIC. — Paralysie amyotrophique des muscles de l'épaule droite, consécutive à un urticaire géant généralisé cryptogénétique 503

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 27 avril 1933

L. LANDRY. — Les notions de fin et de moyen dans l'organisation administrative 504

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 mars 1933

G. VERMEYLEN. — Intoxication par l'oxyde de carbone 504
ROELANDTS. — Un pyromane (18 incendies) . 505
DIVRY et EVRARD. — Un cas de sclérose tubéreuse 505
MOREAU. — Epilepsie de la période secondaire de la syphilis 506

Séance du 29 avril 1933

DE VOS et DIVRY. — Diplégie avec opisthotonos chez un enfant. Porencéphalie 506
H. HOVEN. — Démence avec épilepsie 507
DE GREEFF. — Epilepsie 507

Société belge de Neurologie

Séance du 29 avril
tenue en commun avec la Société de Pédiatrie

VAN GEHUCHTEN. — Arachnoïdite cérébrale. 508
VERMEYLEN et HEERNU. — Achondroplasie . 508
CAHEN, J. HEERNU et VAN WIEN. — Syndrome pyramidal et extra-pyramidal à évolution progressive 509
COHEN, SCHELLINCKX et Mlle FLAXNER. — Deux cas de polynévrite avec paralysie vélo-palatine 509
L. MARYSSAEL. — Syndrome endocrinien avec pied ballant 509
L. MARYSSAEL. — Epilepsie jacksonienne .. 510
Ch. COHEN et L. VAN BOGAERT. — Remarques cliniques sur un cas d'idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypiques 510
G. VERMEYLEN, R. DUBOIS et H. COPPEZ. — Idiotie familiale amaurotique 510
L. VAN BOGAERT. — Paraplégie spasmodique du type Strumpell, non familiale 510
L. CHRISTOPHE, P. DIVRY et M. MOREAU. — Tumeur du IVe ventricule à évolution clinique particulière 511

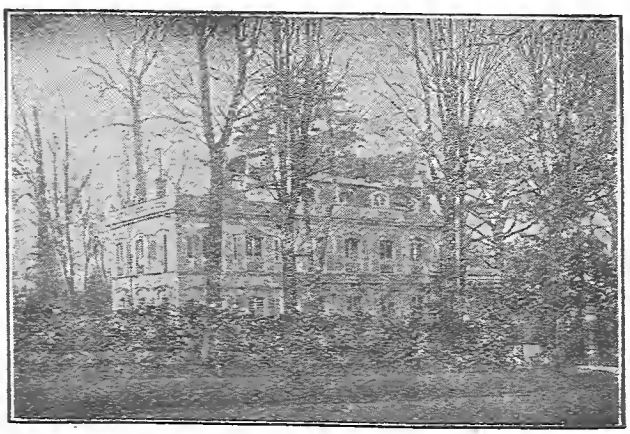
(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

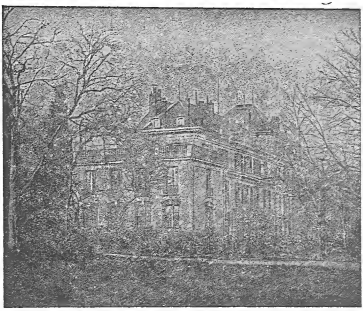
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 25 mars 1933

P. Martin. — Fibrome méningé de la fosse cérébrale postérieure 512

P. Martin et L. Van Bogaert. — Tumeur en bissac cérébello-médullaire ; ablation, présentation de la malade 512

Moreau et Christophe. — Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux d'origine traumatique . 513

M.-P. Hennebert. — Deux cas de labyrinthite hérédo-syphilitique tardive 513

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

Demianowska. — Contribution à la symptomatologie des lobes frontaux 514

A.-L. Epstein. — Méthode d'exploration et caractéristiques du tonus musculaire chez les malades mentaux 514

A.-L. Epstein. — Les réflexes pathologiques de la face (réflexes labiaux et mentonniers) et leur signification en psychiatrie 515

A.-L. Epstein. — Le phénomène de trémulation du menton 515

A.-L. Epstein. — Etude physiologique et clinique du système pileux axillaire 515

R.-A. Ley, Sels et Van Bogaert. — Etude anatomo-clinique d'un cas de narcolepsie .. 515

H. Vignes. — Le nervosisme 515

P. Carnot, H. Bénard, M. Rudolf et P. Véran. — La forme galopante de la maladie de Basedow 516

H. Halban. — La classification des crises convulsives, d'après les connaissances actuelles sur les fonctions de l'écorce cérébrale et des noyaux sous-corticaux 516

L. Balietti. — Recherches sur quelques manifestations motrices de l'épilepsie essentielle 516

Th. Dosuzkov et K. Uttl. — Les réflexes oculo-cardiaque, palato-cardiaque et solaire dans l'accès épileptique 517

K.-A. et W.-C. Menninger. — Epilepsie et syphilis congénitale 517

L. Marchand. — Les troubles du langage au

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

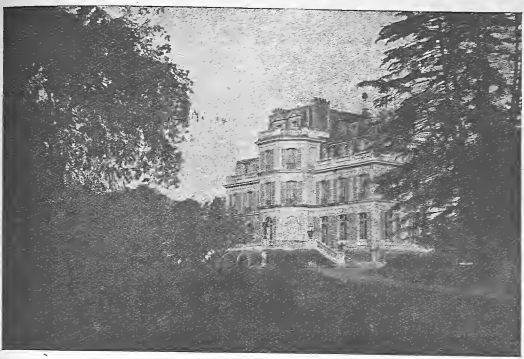
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

cours des accidents épileptiques conscients et mnésiques 517

M.-B. Hodskins et P.-I. Yakovlev. — Syndrome neurosomatique de l'épilepsie. Contribution clinico-pathologique au concept avec observation de deux cas 517

H.-H. Merritt. — Les convulsions épileptiques de la démence paralytique. Leur relation avec la sclérose de la corne d'Ammon 518

O. Veraguth. — Les rapports entre les traumatismes et quelques maladies nerveuses . 518

A. Cantonnet. — Les céphalées persistantes après les traumatismes du crâne. Importance de l'examen oculaire 519

Sten. Eckerström. — Un cas de troubles cérébraux extrapyramidaux d'origine traumatique 519

Bremer, H. Coppez, G. Higguet et P. Martin. — Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne 519

A.-E. Kulkov. — Sur le problème du parkinsonisme traumatique 519

H.-D. Palmer, R. Harrow et L.-A. Schwartz. — Ostéite fibreuse kystique du crâne associée à l'hémianopsie et à des troubles psychiques 520

L. Tixier et St. de Sèze. — Le problème des infections névraxiques de nature indéterminée 520

J. Pelnar. — Méningisme épidémique, polynevrites infecticuses, bulbopathies épidémiques, encéphalomyélites disséminées : paraencéphalites ? 520

A. Leroy. — Une épidémie à virus neurotrope. Inflammation disséminée du système nerveux 521

R.-A. Ley, M. Meunier et L. Van Bogaert. — Les encéphalites aiguës non suppurées de l'enfance 521

B. Rodriguez-Arias. — Cas familiaux d'encéphalomyélites aiguës disséminées 521

J.-S. Banus. — Sur les encéphalomyélites aiguës disséminées (à l'occasion d'un cas de neuro-myélite optique aiguë) 522

R.-J. Weissenbach. — A propos de la méningo-encéphalite ourlienne primitive et de la méningo-encéphalite ourlienne autonome . 522

J. de Busscher. — Troubles encéphalitiques à répartition diffuse, lentement progressifs chez un homme de 37 ans, survenus après une fièvre typhoïde en 1916 522

J. Morawiecka. — Sur un cas d'encéphalite après vaccination prophylactique antityphique 522

J. Dretler. — Au sujet des syndromes paranoïdes au cours de l'encéphalite épidémique 523

V.-U. Giacanelli. — L'écriture dans la période

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

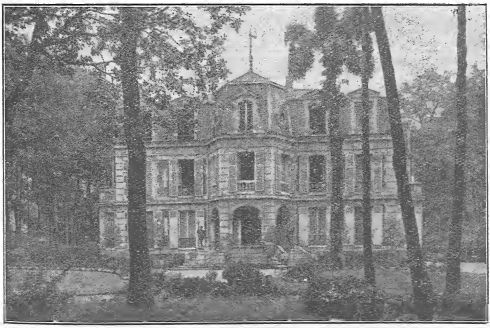
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

tardive de l'encéphalite épidémique chronique 523
R.-J. Guiral. — Forme vagotonique de la névraxite épidémique 523
Roch. — De la maladie de Gerlier à l'encéphalite épidémique 524
H. Roger. — La neuromélitococcie 524
Ch.-F. Mekhann. — Empoisonnement par le plomb chez les enfants. Les manifestations cérébrales 524
R.-J. Weissenbach et Gilbert-Dreyfus. — La syphilis acquise dans le diabète insipide et le syndrome infundibulo-tubérien 525
W. Riese. — Une affection acromégalique d'origine et d'évolution anormales 525
I.-S. Wechsler et Ch. Davison. — Sclérose latérale amyotrophique avec symptômes mentaux 525

Anatomie.

L. Marchand. — Recherches sur l'origine des plaques séniles dans le cortex cérébral .. 525
L. Marchand. — Les lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le « delirium tremens » des alcooliques .. 526
R. Bonnard et M. Perrot. — Ossification et calcification très étendues de la dure-mère crânienne 526
G. Marinesco et M. Goldstein. — Contribution à l'étude des tumeurs associées du système nerveux 527
H. Welti et R. Huguenin. — Goitre exophtalmique et tuberculose thyroïdienne 527
A. Baumgartner et J. Weill. — Goitre exophtalmique et tuberculose folliculaire 527
I.-B. Diamond. — Modifications du cerveau dans l'endocardite maligne 527
Ch. Davison, S.-Ph. Goodhart et H. Shlionsky. — Chorée chronique progressive ; pathogénie et mécanisme ; étude histopathologique .. 528
A. von Sarbo. — Les altérations microstructurales traumatiques du système nerveux considérées à la lumière de l'expérience de la guerre 528
T. Cahane et A. Henrich. — Contribution à l'étude des localisations motrices dans le noyau du facial 528
A. Biemond. — Recherches sur l'anatomie du cervelet à propos d'un cas de démence progressive et d'ataxie chez un enfant 529
I.-W. Kernohan et F. Ody. — Classification histologique des gliomes de la moelle épinière et du filum terminale 529

Thérapeutique.

L. Gerbaux. — Sur un cas de paralysie générale traité par la tryparsamide 529
Paulian et Bistricanu. — Un nouveau traite-

(*Suite du sommaire page X*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

ment du syndrome solaire: l'association génésérine-diathermie transabdominale 530
J. Lopez-Lomba. — Antohémothérapie, traitement efficace de l'alcoolisme invétéré 530
H. Vulliet. — Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne .. 530
Loeper, P. Soulié et E. Bioy. — Le Bore dans la maladie de Basedow 530
L. Goldemberg. — Comment agiraient les fluorures dans le goitre exophtalmique et dans l'hyperthyroïdisme. Technique actuelle du traitement fluorique 531
H. Welti. — Les résultats de la thyroïdectomie pour maladie de Basedow 531
I. Figueras-Bassols. — Les tumeurs hypophysaires et leur radiothérapie 531

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 532
Asiles Publics d'aliénés :
Légion d'honneur 532
Nominations 533
Vacance de poste 533
Concours pour 13 postes de Médecin des Asiles publics d'aliénés 533
Concours pour 2 postes de Médecin-chef des Asiles de la Seine 534
Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France 534
Les aliénés étrangers dans les Asiles 534
Faculté de Médecine de Bordeaux 535
XIIIe Réunion neurologique internationale annuelle (30-31 mai 1933) 535
Règlement des réunions neurologiques internationales annuelles 535
Société de neurologie de Paris 536

INFORMATIONS

Congrès du Patronage (15-17 juin 1933) ... xii
Congrès International pour la Protection de l'enfance (4-9 juillet 1933) xxiv

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL**, Privat Docent à l'Université de Genève

INFORMATIONS

CONGRÈS DU PATRONAGE

Sous la présidence d'honneur de M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur

(15-17 juin 1933)

COMITÉ D'HONNEUR

MM. le comte CARTON DE WIART, Ministre de la Prévoyance sociale et de l'Hygiène de Belgique, Président de la Commission royale des Patronages de Belgique ; Henri JASPAR, Ministre des Finances de Belgique ; Th. LESCOUVÉ, premier Président de la Cour de Cassation ; Paul MATTER, Procureur général près la Cour de Cassation ; RENARD, Préfet de la Seine ; Jean CHIAPPE, Préfet de Police ; DE FONTENAY, Président du Conseil municipal de Paris ; BÉQUET, Président du Conseil général de la Seine ; Eugène DREYFUS, premier Président de la Cour d'Appel de Paris ; DONAT-GUIGUE, Procureur général près la Cour d'Appel de Paris ; SERGENT, Directeur de l'Administration pénitentiaire ; DE SAINT-AUBAN, Bâtonnier de l'Ordre des Avocats à la Cour de Paris ; FOURCADE, Sénateur, ancien Bâtonnier, Président de la Société générale des Prisons et de Législation criminelle ; LEREDU, Sénateur, ancien Ministre, Avocat à la Cour de Paris, Président

(A suivre, page d'annonces XIV).

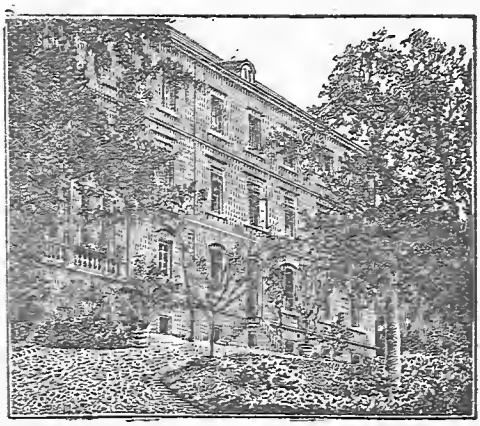
CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses

et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES

de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :
D^r^ **BONHOMME,** Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :
D^r^ **CODET,** Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

CONGRES DU PATRONAGE

Sous la présidence d'honneur de M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur

(15-17 juin 1933) (Suite)

du Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence ; MOURIER, Directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris ; Paul WETS, Juge des enfants à Bruxelles, Président de l'Association internationale des Juges d'enfants ; LOUICHE-DESFONTAINES, Avocat à la Cour de Paris, Président d'honneur de l'Union des Sociétés de Patronage de France ; Henri ROLLET, Juge honoraire au Tribunal de la Seine, Avocat à la Cour de Paris.

L'*Union des Sociétés de Patronage de France,* qui organisait autrefois des Congrès périodiques, se propose de reprendre en 1933, à Paris, cette tradition interrompue depuis vingt ans.

Ce Congrès ne sera pas une simple assemblée générale des Sociétés affiliées ; l'Union fait appel à toutes les personnes et à toutes les œuvres qui croient assurer l'ordre social en organisant la protection de l'enfance délinquante et le relèvement des condamnés libérés. C'est dans ce sens précis et à l'exclusion des œuvres, d'ailleurs si intéressantes, de patronage scolaire, qu'il faut entendre les mots « Congrès du Patronage ». L'Union sollicite pour ce Congrès l'adhésion des magistrats, des avocats, des sociologues, des philanthropes, de toutes les œuvres d'aide sociale et d'action morale, de toutes les confessions religieuses.

Au moment où se tenait à Grenoble, en 1912, le dernier Congrès que l'Union ait pu organiser, la loi sur les tribunaux pour enfants n'était pas

(A suivre, page d'annonces XVIII).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES

NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

—« PRIX MODÉRÉS »—

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

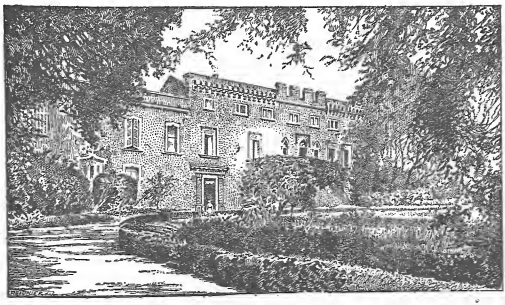
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-l-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

CONGRES DU PATRONAGE

Sous la présidence d'honneur de M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur

(*15-17 juin 1933*) (Suite)

encore promulguée. Elle est aujourdhui en vigueur et son application complète suppose, on le sait, la collaboration des initiatives privées, c'est-à-dire des délégués, des rapporteurs et des patronages. Ainsi désignés déjà comme auxiliaires des tribunaux, les patronages ont reçu récemment une éclatante consécration officielle. Une circulaire de M. le Garde des Sceaux, en date du 29 juin 1931, a prescrit la désignation dans chaque tribunal d'un magistrat « pour s'occuper spécialement de tout ce qui concerne les mineurs délinquants ou en danger moral ». Ce magistrat devra, dit la circulaire, entretenir des relations suivies avec toutes les œuvres vouées au relèvement de l'enfance.

Le fonctionnement des tribunaux pour enfants, la collaboration des patronages avec la magistrature, telles sont, avec les mesures générales de protection et de relèvement des libérés adultes, les questions que le Congrès examinera dans un esprit de concorde et de charité, et avec le constant souci de la défense sociale.

Le Congrès se réunira les jeudi 15, vendredi 16 et samedi 17 juin 1933. Il tiendra ses séances ordinaires dans la salle des audiences de la Chambre civile de la Cour de Cassation. Le programme est ainsi fixé :

1° *Le Patronage des libérés et des interdits de séjour.* Rapporteur : M. Etienne Matter, Secrétaire général de la Société de Patronage des prisonniers libérés protestants ;

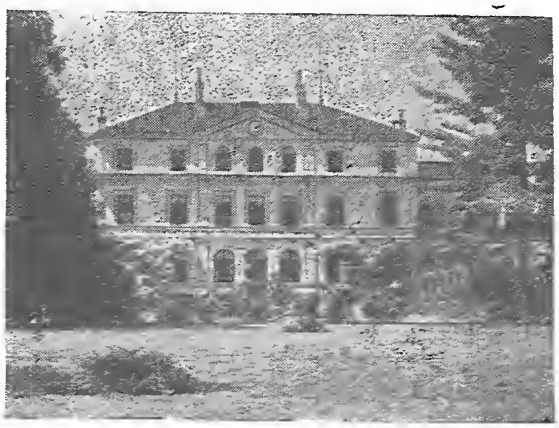
(*A suivre, page d'annonces XX*).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL
Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aigües et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ
Extrait concentré de vitamines A. B. et C.
Ergostérol irradié
Une cuillérée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminéralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE
Polonovski et Nitzberg
Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE
Polonovski et Nitzberg
4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE
Polonovski et Nitzberg
ou
Ampoules — Goutte — Granules
GÉNOSTHÉNIQUES
Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE
Polonovski et Nitzberg
En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jou-) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

CONGRES DU PATRONAGE

Sous la présidence d'honneur de M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur

(15-17 juin 1933) (Suite)

2° *Les Œuvres auxiliaires des tribunaux pour enfants.* Rapporteur : M. Jacques Dumas, Conseiller à la Cour de Cassation ;

3° *Le nouveau projet de Code pénal et les Patronages.* Rapporteur : M. de Barrigue de Montvalon, Conseiller à la Cour de Cassation ;

4° *L'organisation pratique des Patronages.* Rapporteur : Mme Simone Paul-Kahn, Avocat à la Cour de Paris, Secrétaire générale du Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence ;

5° *Fondation d'une Caisse centrale des Patronages.* Rapporteur : M. Alphonse Richard, Président de Chambre à la Cour de Paris ;

6° *L'action préventive des Patronages dans les Maisons de détention.* Rapporteur : M. Pierre Mercier, Juge au Tribunal civil de Dijon, Secrétaire général de l'Union des Sociétés de Patronage.

Visites et Excursions. — A) Le Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, 379, rue de Vaugirard ; B) L'Ecole Théophile-Roussel, à Montesson ; C) Les prisons de Fresnes.

Des discussions seront ouvertes sur chaque rapport. Les adhérents pourront adresser sur les sujets à l'ordre du jour, des notes, communications, mémoires et propositions. Ces documents seront tranmis aux rapporteurs. Ils devront parvenir avant le 15 mai.

Le Congrès recevra indistinctement les adhésions collectives des œuvres et des adhésions individuelles ; le montant de la cotisation est fixé à 30 fr.

(A suivre, page d'annonces XXII).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

LE CASTEL D'ANDORTE

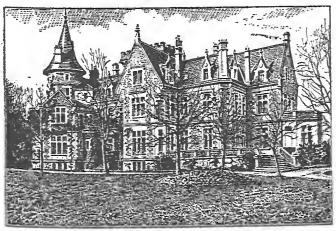
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

CONGRES DU PATRONAGE

Sous la présidence d'honneur de M. le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur

(15-17 juin 1933) (Suite)

Cependant, lorsqu'une œuvre aura adhéré collectivement et désigné son représentant, les autres membres de cette œuvre qui voudront adhérer à titre individuel ne paieront qu'une cotisation réduite de 20 francs.

A la clôture du Congrès aura lieu un banquet pour lequel sera fixée une cotisation spéciale.

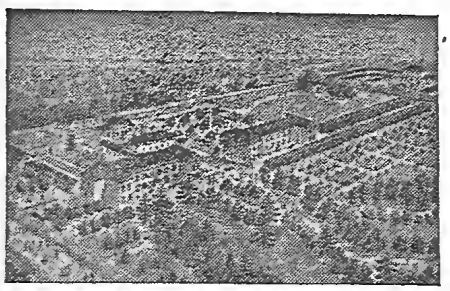
Des facilités de circulation ont été demandées au Comité de Direction des grands réseaux de chemins de fer.

Toutes les communications, demandes de renseignements, adhésions et cotisations, doivent être adressées à M. R. Pascalis, Secrétaire général de l'Union des Sociétés de Patronage de France, 2, rue Redon, Paris, 17e, tél. : Carnot 66-72.

La *Commission d'Organisation* est composée de :

MM. P. de Casabianca, Président de l'Union des Sociétés de Patronage, Conseiller à la Cour de Cassation ; G. de Barrigue de Montvalon, Conseiller à la Cour de Cassation ; Etienne Matter, Secrétaire général de la Société de Patronage des prisonniers libérés protestants ; Mme Enos, Vice-Présidente de la Société de Patronage et de Protection de la Jeunesse féminine ; A. Richard, Président de Chambre à la Cour de Paris ; R. Pascalis, Directeur honoraire à la Préfecture de Police, Secrétaire général de l'Union des Sociétés de Patronage.

(A suivre, page d'annonces XXIV).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

VILLA MARANCY

à PAU (Basses-Pyrénées)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

pour GARÇONS NERVEUX, INSTABLES, et tous DÉFICIENTS DÉLICATS, CONVALESCENTS, ANÉMIÉS

Direction médicale : Dr **MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles

Cet établissement est situé à 2 kilomètres de PAU au climat toni-sédatif si réputé. Tout à fait spécial pour l'instruction, l'éducation et le traitement de tous déficients, il comprend tout confort moderne : chauffage central, électricité, hydrothérapie, etc. Grand parc de 2 hectares. Pleine exposition au Midi.

PRIX : *2 Classes* { depuis 450 fr. par mois. / depuis 800 fr. par mois.

SECTION SPÉCIALE PARTICULIÈRE POUR DÉBILES MENTAUX

NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(4-9 juillet 1933)

Secrétariat général : 26, bd de Vaugirard, Paris, 15e

Un *Congrès International pour la Protection de l'Enfance* se tiendra à *Paris*, du *4 au 9 juillet 1933*.

Le *Comité d'Honneur* et son *Président*, M. Paul Strauss, Sénateur de la Seine, ancien Ministre de l'Hygiène, Membre de l'Académie de Médecine, vous seraient reconnaissants d'honorer ce Congrès de votre présence.

Le programme détaillé des séances de travail, visites, fêtes et réceptions sera envoyé ultérieurement. Les organisateurs ont pu obtenir des réductions importantes sur les tarifs des Chemins de Fer français. Ils espèrent avoir les mêmes facilités auprès des Compagnies de transport étrangères ; dès qu'ils en seront assurés, ils le feront savoir aux Congressistes et se tiendront à leur disposition pour faciliter leur voyage et rendre agréable leur séjour à Paris.

Plan général de travail du Congrès

Conférence : Etatisme et Bienfaisance : Dr Lesage, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine et Dr Huber, médecin des Hôpitaux de Paris.

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

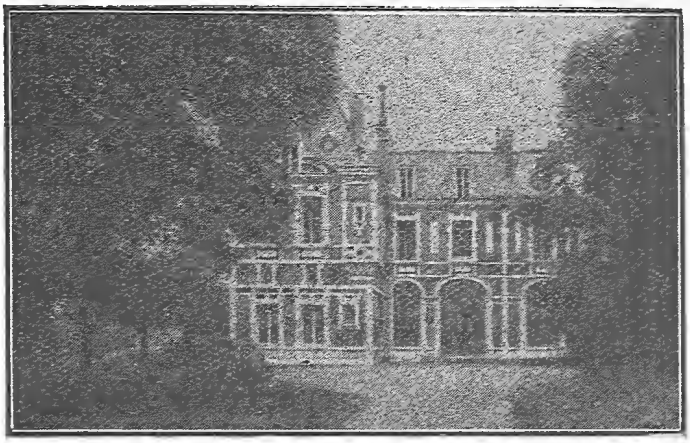
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

CONGRES INTERNATIONAL POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(1-9 juillet 1933)

Secrétariat général : 26, bd. de Vaugirard, Paris, 15e (Suite)

Tous les membres du Congrès pourront présenter des communications qui seront classées dans une des huit sections suivantes :

1re SECTION : MATERNITÉ. — *Les consultations prénatales.* Président de la Section : Dr COUVELAIRE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

2e SECTION : PREMIÈRE ENFANCE. — *De l'importance de l'éducation technique des mères dans la lutte contre la mortalité infantile.* Président de la Section : Dr MOURIQUAND, professeur de Clinique médicale infantile et d'hygiène du 1er âge, médecin des Hôpitaux de Lyon.

3e SECTION : SECONDE ENFANCE (enfants de 3 à 14 ans). — *Surveillance du développement physique de l'enfant à la période scolaire.* Président de la Section : Dr DUFESTEL, secrétaire général de la Société des Médecins-Inspecteurs des Ecoles de Paris et de la Seine.

4e SECTION : ADOLESCENCE. — *Surveillance du développement physique de l'enfant de 14 à 18 ans.* Président de la Section : Dr P. CHAILLEY-BERT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, directeur de l'Institut d'Education physique de l'Université de Paris.

(*A suivre, page d'annonces XXVIII*).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : **226** CORBEIL

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



Insomnie
Troubles nerveux

Echons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

CONGRES INTERNATIONAL
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(4-9 juillet 1933)

Secrétariat général : 26, bd. de Vaugirard, Paris, 15e (Suite)

5e SECTION : ENFANCE ANORMALE. — *Sur les moyens pratiques d'apprendre un métier aux anormaux psychiques et d'en favoriser l'exercice.* Président de la Section : Dr G. PAUL-BONCOUR, professeur de criminologie à l'Ecole d'Anthropologie, directeur de l'Institut pédagogique de Vitry-sur-Seine.

6e SECTION : SERVICE SOCIAL. — *L'assistance sociale à l'enfant d'âge scolaire.* Président de la Section : Dr P. ARMAND-DELILLE, médecin des Hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose.

7e SECTION : SECTION JURIDIQUE. — *Organisation de la tutelle légale des enfants naturels.* Président de la Section : M. LEREDU, sénateur, ancien Ministre, avocat à la Cour d'Appel de Paris.

8e SECTION : COMMUNICATIONS DIVERSES. — *Questions se rapportant à la protection maternelle et infantile et n'entrant pas dans le cadre des questions proposées par les autres Sections.* Président de la Section : M. IMBERT, inspecteur général, chef du Service de l'Inspection générale du Ministère de l'Intérieur.

" LA MÉTAIRIE "
près NYON

Adresse : " La Métairie ", Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 20 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin en chef : Dr M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.

SOMMAIRE DU N° 5 (tome I), MAI 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

LAIGNEL-LAVASTINE. — Le sympathique en andrologie..... 537
E. TOULOUSE et A. COURTOIS. — Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations)..... 565

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 11 mai 1933

R. MALLET et Ch. BERLIOZ. — Obsession de négation..... 591
Th. SIMON et J. ROUART. — Un cas de délire à deux, type Régis ? (Délire de persécution simultané chez deux conjoints atteints de cécité) 597
G. DEMAY et J.-R. CUEL. — Méningiome temporal ayant simulé une paralysie générale 604
P. MASQUIN, MARESCHAL et ALTMAN. — Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques 607
P. SCHIFF et R. SIMON. — Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse post-encéphalitique 612
P. SCHIFF et R. SIMON. — Erythrémie avec accès de cataplexie, de chorée et de confusion mentale 616
H. CLAUDE, G. HEUYER et J. LACAN. — Un cas de démence précocissime 620
J. DUBLINEAU et CARON. — Evolution d'un

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

délire hypocondriaque vers un état d'excitation pseudo-démentielle 624

Séance du lundi 22 mai 1933

Adoption du procès-verbal 630
Correspondance 630
Rapports des commissions des prix :
I. Rapport sur les mémoires présentés pour le *prix Belhomme* 630
II. Rapport sur le mémoire présenté pour le *prix Trénel* 633
G. Petit. — La régression héboïde dans l'excitation maniaque, la régression pédoïde dans la manie 635
H. Daussy. — Transfusion du sang et sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale 636
Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville. — Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités 641
E. Toulouse et A. Courtois. — Sur certaines azotémies d'origine nerveuse ... 642
Ellenberger. — Périodicité saisonnière d'une mélancolie à forme paranoïde. 651
Mares Cahane. — Aperçu sur la biochimie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales : la recherche du potassium 655

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française.

(XXXVII^e Session (Rabat, 7-13 avril 1933)

Discours inaugural : G. Guillain : La nécessité des recherches scientifiques pour le progrès de la neuro-psychiatrie. La crise de la formation des élites 660

Rapports et discussions

Rapport de psychiatrie. — L. Marchand : Les encéphalites psychosiques. Etude anatomo-clinique 661
Rapport de Neurologie. — R. Garcin : Les ataxies 666
Rapport de Médecine légale. — P. Abély : Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques 669

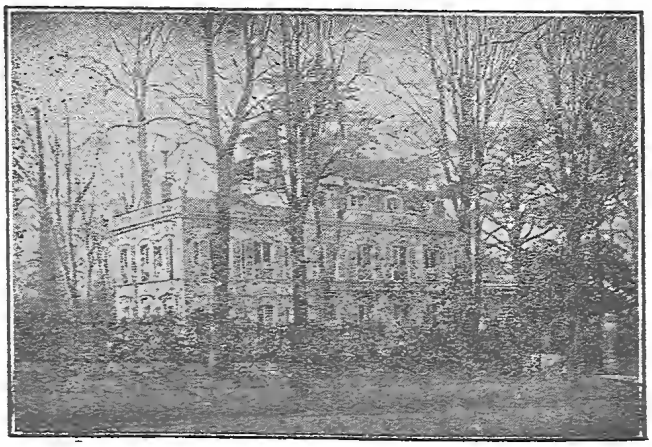
(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

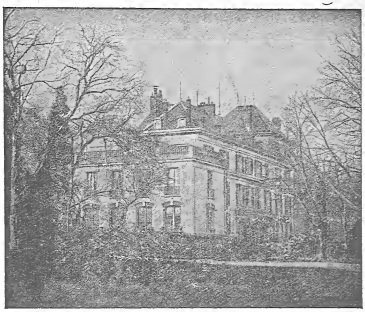
Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. Communications de psychiatrie

EUZIÈRE, P. HUGUES, H. VIALLEFONT et J. VIDAL. — Un nouveau cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique avec guérison 672
H. STECK. — Les lésions du tronc cérébral dans le délirium tremens et dans la psychose de Korsakoff 672
G. VERMEYLEN. — Les manifestations neuro-psychopathiques tardives des maladies infectieuses infantiles 672
G. DE CLÉRAMBAULT et J. DRESLER. — Syndrome mécanique avec encéphalite épidémique . 672
L. MARCHAND. — Pseudo-tumeur inflammatoire (encéphalite) de la région infundibulo-pédonculaire. Syndrome d'adiposité cérébrale et état démentiel 672
F. D'HOLLANDER. — Les lésions cérébrales de la démence précoce présentent-elles des caractères de spécificité tuberculeuse ? 673
J. HAMEL et J. MICHEL. — Schizoïdie et hérédo-syphilis 673
G. DE CLÉRAMBAULT. — Sur le mécanisme foncier de certains délires interprétatifs .. 673
A. LEY. — Sur les troubles de la notion de temps et d'espace 673
G. DUMAS. — Le rire et l'épilepsie corticale 673
POTET. — Ancien persécuté auto-accusateur, revendicateur à rebours 674
B. RODRIGUEZ-ARIAS, J. PONS-BALMES et E. IRAZOQUI. — Contribution à l'étude des perturbations glycémiques dans les maladies mentales 674
B. RODRIGUEZ-ARIAS, E. IRAZOQUI et N. ENCOCHEA. — Le métabolisme basal dans les psychoses 674

II. Communications de Neurologie

D. CROUZON, J. CHRISTOPHE et M. GAUCHER. — Paraspasme facial médian et spasme facial bilatéral post-encéphalitique 674
Art. DONAGGIO. — Un phénomène particulier : « phénomène d'obstacle » provoqué par l'urine et le liquide céphalo-rachidien dans des conditions diverses : procédé pour sa démonstration (avec projections) 675
S.-F. HEIDEMA. — Encéphalite avec aphasie 676
A. MERLAND et G. LE GOARANT. — Gliome kystique du lobe frontal. Trépanation, drain oublié dans les méninges et toléré pendant 17 ans 676

III. Communications de Médecine légale et d'assistance

P. VERSTRAETEN. — Sur l'internement et la libération des délinquants anormaux 676

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

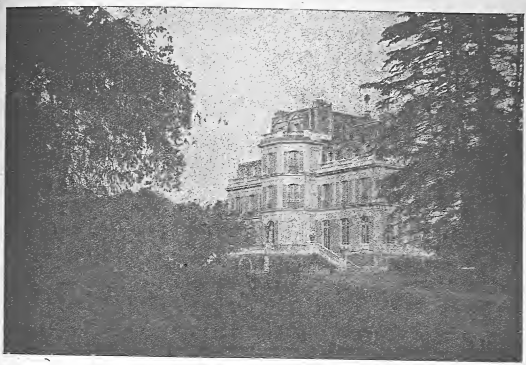
23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus**, 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer**, un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway**, par la ligne n° **44**.

POTET. — Note sur les psychopathes frustes dits « pervers instinctifs » 677
POTET. — Au sujet de l'hygiène mentale au Maroc 677
B. RODRIGUEZ-ARIAS et M. MOLES. — Sur les effets thérapeutiques du nucléinate de soude en psychiatrie 677
H. STECK. — Le traitement des agitations psychosiques aiguës (délire et agitation catatonique, délirium tremens) par l'insuline 677

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 mai 1933

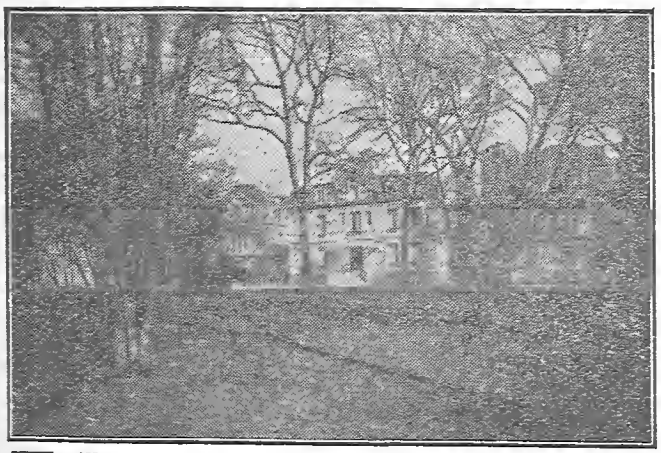
CORNIL et MOSINGER. — Sur les processus prolifératifs de l'épendyme médullaire. Rapports avec les tumeurs intra-médullaires et la syringomyélie 678
P. MOLLARET et V. ROBIN. — Myoclonies synchrones et rythmées, syndrome labyrinthique et troubles dystoniques unilatéraux d'origine pédonculaire probable chez un jeune chien 678
L. CORNIL et MOSINGER. — Arthropathies de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et de l'articulation phalango-phalangienne du médius gauche, associées à une arthropathie de la hanche droite chez une tabétique typique 679
P. PUECH, J.-A. CHAVANY, F. RAPPOPORT et C. RAMIREZ. — A propos d'un cas d'hémangioblastome du cervelet 679
J. DEREUX et P. MARTIN. — Volumineux méningiome prè-rolandique ne s'étant révélé que par des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne 679
ROCHON-DUVIGNEAUD, SCHAEFFER, Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Gliome frontal kystique droit sans aucun signe de localisation focale. Intervention opératoire. Guérison 679
SCHAEFFER et M. PELLAND. — Deux cas de névralgie trigéminale dans la syringobulbie. Le caractère de la douleur dans les algies faciales d'origine centrale et leur traitement 680
DELMAS-MARSALET. — Sur deux cas d'hématome méningé du lobe frontal opérés. Présence du signe de l'inégale déviation provoquée de la marche 680
A. THOMAS. — Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à une éruption purpurique. Anesthésie diffuse des membres inférieurs avec aréflexie pilo-motrice 680

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

Médecine légale.

A. Costedoat. — La simulation des symptômes pathologiques et des maladies 681

Psychiatrie.

A. Colis. — Etude des formes psychosiques de la paralysie générale. Essai de pathogénie des délires secondaires 682

Neurologie.

N. Bornstein. — Sur des formes d'association entre catatonies et parkinsonisme dans les névraxites. Etude clinique 682

J.-A. Thiébaut. — Contribution à l'étude de la mort rapide-post-opératoire dans les tumeurs intra-rachidiennes 683

J. Bertrand. — Etude anatomo-clinique de la maladie d'Ollivier. Les tumeurs diffuses primitives des méninges cérébro-spinales .. 683

P. Flottes. — Au sujet d'une étiologie des myopathies progressives acquises de l'adulte: les toxi-infections 684

Anatomie.

S. Poliak. — Les principaux systèmes des fibres afférentes du cortex cérébral chez les primates 684

Biologie.

Laignel-Lavastine, A.-M. Chanoz, J. Monchanin, G. Richard, J. Guitton, F. Mentre, H. Duprat, H. Cardot, R. Biot. — Les rythmes de la vie 685

Thérapeutique.

R. Aigrot. — Quelques résultats éloignés de la malariathérapie de la paralysie générale 686

JOURNAUX ET REVUES

Médecine légale.

H. Claude. — Les aliénés en liberté 687

G. Bermann. — Forme abortive du délire d'interprétation. Constitution hyper-émotive et paranoïaque. Homicide 688

Vervaeck. — Du patronage des anormaux libérés après un internement par mesure de défense sociale 688

(*Suite du sommaire page X*).

ANÉMIES
Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose. Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du
TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'
HÉPATROL
Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV^e

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

O. Loudet. — L'Institut de Criminologie de Buenos-Aires, 25e anniversaire de sa fondation 688
P. Vervaeck. — L'application de la loi hollandaise sur les psychopathes 689
L. Vervaeck. — La stérilisation en justice 689

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 690
Prix de la Société Médico-Psychologique 690
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 691
Médaille d'honneur de l'Assistance publique 691
Nominations 691
Vacance de poste 691
Création de poste 691
Concours pour 2 postes de Médecin-chef des Asiles de la Seine 691
Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine 692
Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXVIIIe session, Lyon, 1934) 692
Congrès de Médecine légale de langue française 693
Hygiène et prophylaxie (25e anniversaire du mouvement d'Hygiène mentale) 693
IIe Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 1935) 694
Comité exécutif du Congrès 694
Comité du programme 694
Comité d'organisation et de propagande 696
Société suisse de Psychiatrie 696

INFORMATIONS

IIIe Congrès International des Hôpitaux (28 juin-3 juillet 1933 à Knocke-sur-Mer, Belgique) xiv

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

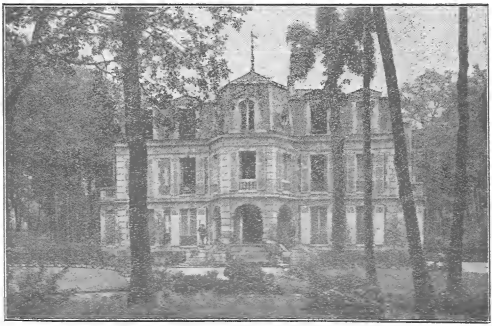
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

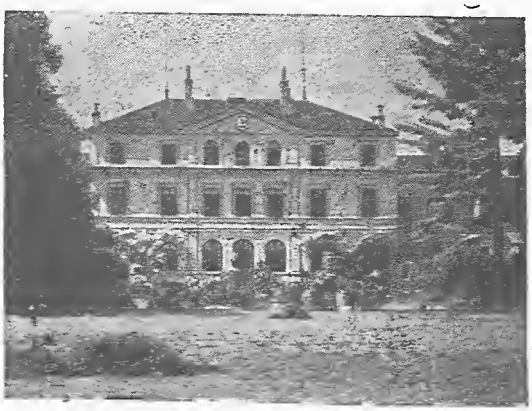
Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :
D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :
D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

INFORMATIONS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES HOPITAUX

28 juin au 3 juillet 1933 à KNOCKE-SUR-MER (Belgique)

Du 4 juillet au 8 juillet : Voyage d'études en Hollande

Président : Dr René SAND

L'Association internationale des Hôpitaux invite au *IIIe Congrès international des Hôpitaux,* à Knocke-sur-Mer (Belgique) (*28 juin-3 juillet 1933*), toute Administration, Association, Institution ou personne qui s'intéresse à la construction, à la gestion et d'une façon générale aux progrès des hôpitaux. La crise mondiale a mis en lumière, d'une façon si éclatante, les devoirs qui s'imposent aujourd'hui aux hôpitaux, qu'il est plus que jamais nécessaire d'échanger les connaissances acquises à ce sujet et de formuler des principes valables pour tous les pays.

A cet effet, les dix *Commissions permanentes d'études* créées par l'Association internationale déposeront des rapports basés sur l'expérience des techniciens les plus réputés du monde entier. Ces rapports permettront au Congrès de formuler, non pas des règles schématiques, mais des principes qui peuvent conduire partout à l'amélioration et au progrès des hôpitaux.

Ces dix Commissions ont pour champ d'action : 1. Construction ; 2. Equipement et installation technique ; 3. Administration et gestion ; 4. Compta-

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

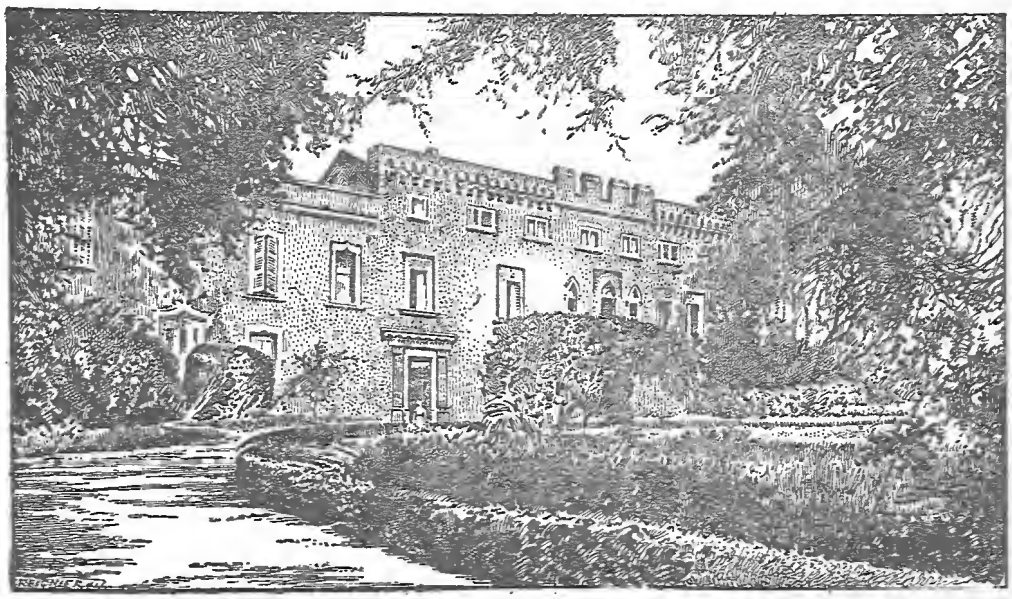
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

BUTYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

SONÉRYL

HYPNOTIQUE DOUX ANTALGIQUE

PARTICULIÈREMENT EFFICACE
DANS L'INSOMNIE
CAUSÉE PAR LA DOULEUR

PAR VOIE BUCCALE
COMPRIMÉS A 0gr10, TUBES DE 20

PAR VOIE HYPODERMIQUE
SOLUTION A 10 %
BOITES DE 10 AMP. DE 2 C.C.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC Frres & USINES DU RHÔNE_86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS